Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn
Direktor: Professor Dr. med. Frhr. E. v. Redwitz.

Ein Beitrag zur Diagnose der isolierten, intestinalen Form der Lymphogranulomatose.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 19. II. 1938
von
Erwin Buckys, Arzt
aus Kiel.

Buchdruckerei A. C. Ehlers, Kiel, Fleethörn 38

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn
Direktor: Professor Dr. med. Frhr. E. v. Redwitz.

Ein Beitrag zur Diagnose der isolierten, intestinalen Form der Lymphogranulomatose.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 19. II. 1938
von
Erwin Buckys, Arzt
aus Kiel.

Buchdruckerei A. C. Ehlers, Kiel, Fleethörn 38

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Fuß.

Korreferent: Prof. Dr. Freiherr v. Redwitz.

Meiner Mutter!

Bis zum Erscheinen der grundlegenden Arbeit Sternbergs über die Lymphogranulomatose im Jahre 1898 wurde diese Krankheit zu den Pseudoleukämien gerechnet, zu denen bis dahin ganz allgemein alle Erkrankungen des lymphatischen Apparates gerechnet wurden. Sternbergs Verdienst ist es, jene nach ihm benannten charakteristischen Riesenzellen, die zur histologischen Diagnose wichtig, wenn auch heute nach vielen Autoren nicht unbedingt erforderlich sind, gefunden zu haben.

Er reiht diese eigenartige Erkrankung zwischen Pseudoleukämie und Geschwulstleiden ein und sagt, daß sich bei ersteren niemals regressive Metamorphosen, wie bei der Lymphogranulomatose finden und lehnt den Charakter der Neubildung ab, weil sich niemals Kapseldurchbrechungen und ein so regelmäßiges Zellbild wie etwa bei einem Sarkom finden.

Ein gutes Jahrzehnt hindurch kannte man nur die generalisierte Form der Lymphogranulomatose, die mit äußerlichen Drüsenschwellungen, evtl. Milztumor, einhergeht. Man war allgemein der Ansicht, daß der Darm, insbesondere der Dünndarm, niemals von dieser Krankheit befallen werden könne, ja man sagte sogar, daß, wenn sich eine Darmbeteiligung dabei fände, es sich um Tuberkulose oder Lymphosarkom handeln müsse.

Erst im Jahre 1913 konnte Schlagenhaufer an einem Fall, der von ihm seziert wurde, nachweisen, daß auch der Darm befallen werden kann. Wichtig ist, daß diese intestinale Form generalisiert, d. h. mit allgemeinen Drüsenschwellungen und isoliert, d. h. nur auf den Darm beschränkt auftreten kann. Erstere Form wird der Diagnostik im allgemeinen keine besonderen Schwierigkeiten machen, während hingegen letztere Form es ist, die wir auch heute noch nicht, obwohl inzwischen etwa 50 Fälle veröffentlicht worden sind, klinisch fassen können, obwohl es gerade hier darauf ankäme, die Möglichkeit zu haben, die beginnenden, auf den Darm beschränkten Fälle diagnostizieren zu können, weil dann die einzige, wenn auch geringe Möglichkeit bestände, eine operative Therapie treiben zu können.

Glücklicherweise ist diese meist letal verlaufende Krankheit nicht sehr häufig, wenn man auch annehmen darf, daß früher mancher Fall entweder der Tuberkulose oder der Lymphosarkomatose zugerechnet worden ist, während sich in den letzten Jahren die Veröffentlichungen über die reine intestinale Form mehr und mehr häufen.

Die bestehende Unmöglichkeit der Frühdiagnose, bezw. der Diagnose intra vitam überhaupt läßt es als wichtig erscheinen, jeden Fall zu veröffentlichen, unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Daten, da

vorläufig nur hierdurch die Möglichkeit gegeben ist, das Krankheitsbild genauer zu umreißen.

Ich gebe zunächst die Krankengeschichten zweier Patienten wieder, die wegen isolierter, intestinaler Lymphogranulomatose in der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn behandelt wurden.

Fall 1: M. K., 40jähriger Arbeiter. Er wurde am 11. II. 33 in die Klinik aufgenommen.

Der Kranke berichtet aus seiner Familie, daß seine Mutter lebt und gesund ist. Sein Vater ist gestorben, er war starker Alkoholiker. Von 14 Geschwistern, die er gehabt hat, lebt nur noch 1 Schwester, die nervenleidend ist; die übrigen sind alle als Kleinkinder gestorben. Die Todesursachen weiß er nicht anzugeben. Seine Frau und sein Kind sind gesund und auch nie ernstlich krank gewesen.

An seine eigenen Kinderkrankheiten kann er sich nicht mehr erinnern. Er ist angeblich bis zum Sommer 1932 nie ernstlich krank gewesen. Damals hatte er mehrere kolikartige, einige Stunden nach dem Essen auftretende Schmerzanfälle, die im Oberbauch und im rechten Unterbauch lokalisiert waren. Nachts hat er nie Schmerzen gehabt; kein Erbrechen, kein Sodbrennen, kein Aufstoßen. Er konnte alle Speisen vertragen und hat auch nie über schlechten Appetit zu klagen gehabt. Wasserlassen: o. B. Stuhl: immer regelmäßig. Inf. ven. neg.

Vor etwa einem Vierteljahr war der Patient in stationärer Behandlung in einem auswärtigen Krankenhaus, wo angeblich ein Geschwür im Magen festgestellt worden sein soll. Er hat während dieser Zeit angeblich wiederholt Blut im Stuhl gehabt.

Am Tage vor der Aufnahme hatte der Patient gut zu Abend gegessen, und zwar Bohnen mit reichlich Speck. Nach der Mahlzeit legte er sich ins Bett. Gegen 2 Uhr nachts wachte er durch einen heftigen Schmerz im Oberbauch auf, der ihn aufschreien ließ. Erbrochen hat er nicht. Seine Schwester hat ihm dann heiße Umschläge auf den Leib gemacht. Als die Schmerzen dann jedoch in unverminderter Heftigkeit fortbestanden, ließ er sich zur Medizinischen Klinik bringen, die ihn nach hier einwies.

Die Untersuchung ergibt, daß es sich um einen mittelgroßen, in mäßigem Kräfte- und Ernährungszustand befindlichen Patienten handelt. Das Unterhautfettgewebe ist nur mäßig ausgebildet. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend durchblutet; ein äußerer Anhalt für eine Anaemie fehlt. Die Gesichtsfarbe ist auffallend blaßgrau; halonierte Augen. Die Nase ist kalt. Die Atmung ist beschleunigt, oberflächlich, rein kostal. Temperatur rektal 37,2°. Leukozyten 15 000. Es sind keine allgemeinen Drüsenschwellungen festzustellen.

Der Kopf ist nicht klopf- oder druckempfindlich. Die Augenbewegungen sind frei; kein Nystagmus, kein Strabismus, die Pupillen zeigen eine Anisokorie, und zwar ist die rechte Pupille weiter als die linke. Sie reagieren prompt auf Lichteinfall und Nahesehen. Die Nervenaustrittstellen

sind nicht druckempfindlich. Die Nase mit ihren Nebenhöhlen und die Ohren zeigen keine krankhaften Veränderungen. Die Zunge ist in der Mitte etwas trocken, an den Rändern aber feucht. Die Tonsillen sind nicht verändert. Der Rachen ist leicht gerötet.

Der Hals ist normal geformt. Es findet sich keine Struma.

Der Thorax ist normal gewölbt, symmetrisch, gleichmäßige, oberflächliche Atemexcursionen. Die Lungengrenzen finden sich an regelrechter Stelle und sind mäßig verschieblich. Ueber dem rechten Unterlappen ist eine geringe Dämpfung festzustellen. Hier hört man einige klingende und nichtklingende Rasselgeräusche. Diffuse bronchitische Geräusche sind über beiden Lungen zu hören. Das Herz ist normal konfiguriert, die Töne rein, der 2. Aortenton ist ebenso laut wie der 2. Pulmonalton.

Die gesamte Abdominalmuskulatur ist reflektorisch gespannt. Der Leib ist etwas aufgetrieben und zeigt deutliche Tympanie. Es ist eine starke Druckempfindlichkeit im Oberbauch und rechten Unterbauch festzustellen. Die Leber ist nicht von Luft überlagert, der untere Leberrand deutlich perkutabel, etwa 2 Querfinger unter dem rechten Rippenbogen. Es sind nur spärlich klingende Darmgeräusche zu hören. Ein Bruch oder Bruchanlagen sind nicht festzustellen.

Die Genitalien sind äußerlich ohne Besonderheiten.

Bei der rektalen Untersuchung zeigt sich, daß der Afterschließmuskel etwas schlaff ist. Es findet sich wenig geformter Stuhl in der Ampulle. Die Prostata zeigt vollkommen normale Verhältnisse.

An den Extremitäten sind Besonderheiten nicht festzustellen.

Ebenfalls zeigen sich am Zentralnervensystem keine pathologischen Veränderungen.

Urinbefund: Eiweiß: Opalescenz, Zucker: negativ, Aldehyd: Kälte und Wärme positiv, also vermehrt, im Sediment finden sich Erythrozyten, Leukozyten, vereinzelte nichtgranulierte und granulierte Zylinder.

Die Röntgendurchleuchtung des Abdomens ergibt eine ziemlich große Magenblase. Unter dem linken Zwerchfell ist eine ganz geringe Luftansammlung festzustellen. Die röntgenologische Diagnose (Prof. Janker) lautete: Perforation im Bereich des Magen-Darmtraktus.

Unter der Annahme, daß es sich um ein perforiertes Duodenalgeschwür handelt, wurde sofort nach der Einlieferung operiert. Die anamnestischen Angaben, auch über frühere Untersuchungen, und der Befund sprachen in so typischer Weise für ein Ulcus duodeni, daß scheinbar differentialdiagnostische Erwägungen überflüssig waren.

Die Operation wurde noch am Tage der Aufnahme von Prof. Fuß ausgeführt, und zwar wurde eine obere mittlere Laparatomie gemacht. Es zeigt sich, daß die Dünndarmschlingen gebläht sind und das Peritoneum diffus gerötet ist. Im Abdomen findet sich reichlich, nicht riechende, trüb-seröse Flüssigkeit und Speisereste (Kartoffelstückchen, einige wenige unzerkaute Bohnenstückchen). Der Magen wird sorgfältig kon-

trolliert. Es findet sich weder an der Vorderfläche noch an der Hinterfläche irgendein Anhaltspunkt für ein Ulkus oder eine Magenperforation. Auch am Duodenum findet sich keinerlei krankhafter Befund. Der Pylorus ist gut durchgängig. Es fällt auf, daß das Netz im rechten Unterbauch etwas unterhalb und rechts vom Nabel adhärent ist. Die weitere Revision des Dünndarms ergibt, daß im Jejunum, ungefähr 1 m distal der Flexura duodenojejunalis starke Veränderungen vorhanden sind. Es findet sich hier der Dünndarm infiltriert, die Wand am proximalen Ende der Infiltration kleinmünzengroß perforiert und der Appendix in der distalen Hälfte mit dem Dünndarm verwachsen. Der Dünndarm ist unterhalb der Perforation etwas eingeengt und abgeknickt, das Ganze an einigen Stellen von Netz locker eingehüllt, aber die Perforation frei nach dem Abdomen geöffnet. Ein Abszeß findet sich dort nicht. Ebensowenig Reste einer Abszeßhöhle. Welcher Art diese Veränderungen am Dünndarm sind, kann makroskopisch nicht entschieden werden. Extirpation des Wurmfortsatzes, Resektion der veränderten Dünndarmpartie. Typische Enteroanastomose Seit-zu-Seit. Austupfen der Bauchhöhle. Schluß der Bauchdecken.

Präparat: Es bleibt in toto erhalten. Der Wurmfortsatz ist in der distalen Hälfte mit dem Dünndarm breit verwachsen. Der Dünndarm ist in der Richtung zum Wurmfortsatz hin verzogen, abgeknickt und auch eingeengt. Die Serosa und auch das Mesenterium ist gegen den Wurmfortsatz hin verdickt und derb. Der Dünndarm selbst ist in einer Ausdehnung von etwa 10 cm in seiner Wand verdickt, die Schleimhaut gerötet. Proximal von diesen Veränderungen des Dünndarms findet sich eine rundliche Dünndarmperforation von 6 mm Durchmesser. Distal von dem adhärenten Wurmfortsatz ist der Dünndarm während der Resektion eingerissen. Kleinere Stücke werden zur histologischen Untersuchung eingesandt.

Postoperativ muß das Herz und der Kreislauf durch reichliche Gaben von Kardiaka und Analeptika gestützt werden. Der Patient ist nach dem Erwachen aus der Narkose sehr unruhig. Der Puls ist klein und frequent, der Leib aufgetrieben. Die Zunge bleibt an den Rändern feucht. Unter Zunahme der peritonitischen Erscheinungen und der Kreislaufschwäche kommt der Patient 18 Stunden post operationem ad exitum.

Bei der Autopsie (Pathologisches Institut Bonn, Direktor: Prof. Dr. Ceelen, Obduzent Oberarzt Dr. Gerstel) ergibt sich folgender Befund:

Operierter Ileumtumor / partielle Resektion des Jejunum 1 m distal der Flexura duodenojejunalis / Appendektomie / tumorartige Schwellung von zwei, zu dem resezierten Abschnitt gehörenden Lymphknoten / diffuse eitrige Peritonitis / Pulpaschwellung / perisplenitische Verwachsungen (Zuckergußmilz) / Schluckpneumonie / beginnende Lungengangrän / Lungenödem / schwere eitrige Tracheobronchitis / saure Erweichung des Oesophagus und des Magens. (Braune Platten in der Gehirnrinde an der Basis des rechten Schläfenlappens. Mikroskopisch im frischen Präparat: Zahlreiche verkalkte Ganglienzellen.)

Die histologische Untersuchung von Gewebsstückchen der veränderten Darmpartie, die ebenfalls im Pathologischen Institut Bonn (Direktor: Prof. Dr. Ceelen) durchgeführt wurde, ergibt:

Das übersandte Darmstück zeigt eine infiltrativ wachsende, entzündliche Neubildung mit Durchsetzung nahezu sämtlicher Wandschichten, insbesondere der Muskulatur. An zahlreichen Stellen Neigung des Entzündungsgewebes zu fibrös-hyalinen Veränderungen. Das Entzündungsgewebe besteht aus kleinen Lymphozyten, größeren histiozytären Zellen und offenbar gewucherten adventitiellen Zellen, vereinzelten neutrophilen und eosinophilen Zellen. Stellenweise finden sich Riesenzellen, allerdings nicht vom ausgesprochenen Charakter der Sternbergschen Riesenzellen. An der Oberfläche der Granulationen im Bereich der Schleimhaut nekrotisch-ulceröser Gewebszerfall. Der Processus vermiformis selbst ist frei. Dagegen ist die Subserosa und das Mesenteriolum in deutlicher Weise miterkrankt. Trotz des nicht sicheren Nachweises von Sternbergschen Riesenzellen macht das ganze entzündliche Gewebe, insbesondere bei der ausgesprochenen Neigung zu fibrös-hyalinen Narbenbildungen, den Eindruck einer Lymphogranulomatose.

Fall 2: P. H., 56 Jahre alt, Hausfrau. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte am 25. VI. 34.

Die Familiengeschichte ist ohne Belang.

Sie selbst ist als Kind und im späteren Jugendalter nie ernstlich krank gewesen. Sie hat 6 normale Geburten und 3 Fehlgeburten durchgemacht. Sie hat in den letzten 20 Jahren bisweilen leichte Asthmaanfälle gehabt. Während der letzten 10 Jahre hat sie periodisch Magenbeschwerden, jedoch nie Erbrechen gehabt.

Jetzt fühlt sie sich seit 14 Tagen hinfällig, appetitlos. Sie hatte kein Erbrechen, hatte ein dumpfes Unbehaglichkeitsgefühl im ganzen Leib, keine genau zu lokalisierende Schmerzhaftigkeit. Vor etwa 8 Tagen trat eine erhebliche Verschlimmerung ein. Sie bekam hohe Temperatur, heftige Schmerzen im Oberbauch und im linken Unterbauch, der Leib wird etwas aufgetrieben, Stuhl und Winde gehen jetzt schlechter ab. Sonst hat sie nie unregelmäßigen Stuhlgang gehabt. Der Hausarzt bemerkt eine leichte Gelbfärbung der Haut und der Skleren und weist die Patientin in die Klinik ein.

Es handelt sich um eine kleine, in sehr reduziertem Kräfte- und Ernährungszustande befindliche Patientin. Die Haut und die Skleren sind leicht ikterisch verfärbt. Es finden sich keine Oedeme, keine Exantheme, keine allgemeinen Drüsenschwellungen, keine Varizen.

Der Kopf ist nicht klopf- oder druckempfindlich. Die Bulbi sind nach allen Seiten frei beweglich, kein Nystagmus, kein Strabismus, die Pupillen sind rund, gleichweit, sie reagieren prompt auf Lichteinfall und Nahesehen.

Der Hals ist normal geformt. Es findet sich keine Struma.

Der Thorax ist normal gewölbt, er ist symmetrisch. Die Atemexcursionen sind regelmäßig und beiderseits gleich, mäßig ausgiebig. Die Lungengrenzen sind an regelrechter Stelle, gut verschieblich. Auskultatorisch überall reines Bläschenatmen, bis auf einen Bezirk im rechten und linken Mittelfeld, wo bisweilen einige mittel- bis grobblasige feuchte Rasselgeräusche zu hören sind. Die Grenzen des Herzens sind ebenfalls regelrecht, die Töne sind rein, der 2. Aortenton ist ebenso laut wie der 2. Pulmonalton. Der Puls ist regelmäßig, gleichmäßig und gut gefüllt, Frequenz 115.

Der Leib ist ein wenig aufgetrieben. Es findet sich starke Bauchdeckenspannung, die am stärksten im linken Unterbauch ausgeprägt ist. Links in der Höhe des Darmbeinkammes ist eine Resistenz palpabel, die der Spannung wegen nicht genau abgegrenzt werden kann. Die gynäkologische Untersuchung ergibt keinen deutlichen Zusammenhang des Tumors mit den Adnexen. Dafür liegt er zu hoch. Die Leber ist palpatorisch und perkutorisch nicht vergrößert. Der untere Milzpol ist nicht tastbar. Die Nieren sind nicht druckschmerzhaft. Die Bruchpforten sind geschlossen.

Die Extremitäten sind ohne Besonderheiten.

Am Zentralnervensystem finden sich keine pathologischen Veränderungen. Die üblichen Reflexe sind seitengleich und in normaler Stärke auslösbar.

Urin: Eiweiß +, Zucker —, im Sediment finden sich Erythrozyten und ganz vereinzelte Epithelien.

Blut: Leukozyten: 5000, der Blutausstrich zeigt folgende prozentuale Zusammensetzung: Eosinophile 0 %, Basophile 0 %, Myelozyten 0 %, Jugendformen 0 %, Stabkernige 4 %, Segmentkernige 70 %, Lymphozyten 22 %, große Monozyten 4 %.

Die Temperatur rektal gemessen beträgt 40°.

Die Untersuchung des Stuhls und Urins auf Typhus-, Paratyphus- und Ruhrerreger war negativ (Hygienisches Institut Bonn).

Ebenfalls war die Gruber-Widalsche Probe im Blutserum negativ (Hygienisches Institut Bonn).

Da man zu keiner klaren Diagnose kommen konnte, insbesondere die hohen Temperaturen durch den Tumor nicht erklärbar waren, daneben auch keine Leukozytose bestand, wartete man noch einige Tage zu, während deren sich die Temperatur stets um 40° bewegte, die Patientin jedoch relativ munter war und leidliches Allgemeinbefinden zeigte. Die Bauchdeckenspannung blieb in unverminderter Stärke bestehen, so daß man sich auch jetzt palpatorisch kein Bild über die Größe und Beschaffenheit des Tumors machen konnte.

Erst als eine wesentliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes eintrat und das Risiko des Zuwartens größer erschien als eine sofortige Operation, entschloß man sich, das Abdomen zu öffnen.

Es wurde eine linksseitige pararektale Laparatomie von Dr. Wachsmuth in Aethernarkose ausgeführt. Dabei findet sich ein mit Netz be-

deckter Tumor. Nach Trennung der Adhäsionen mit dem Netz zeigt sich, daß er von miteinander verbackenen Schlingen des Sigmoids und des Dünndarms gebildet wird. Es gelingt, das Sigmoid aus seinen Verwachsungen mit dem Dünndarm zu lösen und jetzt einen primären, vom Dünndarm ausgehenden kleinapfelgroßen Tumor zu isolieren, der offenbar bereits in das um ihn gelegene entzündliche Konglomerat perforiert ist. Resektion der den Tumor tragenden Dünndarmschlinge in einer Ausdehnung von etwa 15 cm, Anlegung einer Seit-zu-Seit Anastomose. Einlegen von Drain und Streifen. Schichtweiser Verschluß der Bauchdecken. Eine von den im zugehörigen Mesenterium gelegenen Drüsen wird zur histologischen Untersuchung mitentfernt.

Das Präparat stellt einen von der Darmwand ausgehenden, stark gelb verfärbten Tumor dar, von bröckeliger, zerfallender Konsistenz, so daß man mit der Pinzette, ohne wesentlichen Widerstand zu finden, in ihn eindringen kann.

Am Morgen nach der Operation ist das Allgemeinbefinden der Patientin relativ günstig; die Temperatur war auf 36,8° abgesunken. Allerdings verschlechterte sich das Befinden dann im Laufe des Tages, die Temperatur ging wieder in die Höhe (40°), die Herzkraft versagte, der Puls wurde klein, dann fadenförmig und die Patientin kam trotz reichlicher Kardiaka ad exitum.

Die Sektion, die im Pathologischen Institut Bonn (Direktor: Prof. Dr. Ceelen) ausgeführt wurde, hatte folgendes Ergebnis (Obduzent Dr. Keuenhof):

Partielle Dünndarmresektion etwa 50 cm unterhalb der Flexura duodenojejunalis (an dem resezierten Präparat über hühnereigroßer, zerfallener Tumor) / geschwulstartige Schwellung der mesenterialen Lymphknoten / schwere parenchymatöse Entartung der Leber / Schnürfurche der Leber / walnußgroßer, gestielter Polyp des Uterus / multiple Schrumpfungsherde in den Nieren / starkes Emphysem und Hypostase in den Lungen / Struma kolloides nodosa / saure Erweichung des Magens und des Oesophagus.

Histologischer Befund. (Pathologisches Institut Bonn, Direktor: Prof. Dr. Ceelen.)

Mikroskopisch: Entzündlicher Darmtumor. Lymphogranulomatose?

Entzündlicher bindegewebsbildender Tumor der Darmwand. Oben erhaltene entzündlich infiltrierte Schleimhaut. Schw. Vergr. Van Gieson.
Polymorphzelliger entzündlicher Tumor. Durchwachsung der Muscularis mucosae. Infiltration der Schleimhaut. Schw. Vergr. Haem. Eosin.
Fleckige Zerfallsherde in dem Tumor. Schw. Vergr. Van Gieson.
Polymorphzelliges Granulationsgewebe. Zahlreiche kleine lymphozytäre und große monozytenähnliche Zellen. St. Vergr. Haem. Eosin.
Entzündliche proliferative Veränderungen der mesenteriellen Lymphknoten. Riesenzellbildungen. Polymorphzelliges Gewebe. St. Vergr. Haem. Eosin.
Fleckige Nekrose in dem Granulationsgewebe der Lymphknoten. Schw. Vergr. Van Gieson.

Beginnende Endarteriitis. Stark leukozytenhaltiges Gerinnsel in kleiner Darmarterie. St. Vergr. Rote Elastica.
Eindringen des Granulationsgewebes in Wand und das Lumen einer größeren, sich teilenden Darm-Vene. Schw. Vergr. Rote Elastica.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß im ersten Fall die anamnestischen und klinischen Daten — die krampfartigen Schmerzen im Oberbauch einige Stunden nach dem Essen, die schon längere Zeit bestehen, der Perforationsschmerz in der Nacht der Krankenhausaufnahme, die reflektorische Muskelspannung der Abdominalmuskulatur — nur im Sinne eines perforierten Ulcus duodeni gedeutet werden konnten.

Auch bei retrograder Betrachtung kann man keines der für die isolierte abdominelle Lymphogranulomatose in der Literatur angegebenen Zeichen, wie Eosinophilie im Blut, Diarrhoen, die mit Obstipation abwechseln, Hautjucken, positive Diazoreaktion feststellen; höchstens hätte die relativ kurze Vorgeschichte verdächtig sein können, aber ein Ulcus duodeni kann auch sehr schnell entstehen und schnell perforieren, so daß bei Beachtung dieses Hinweises im Rahmen des gesamten Krankheitsbildes kaum ein Zweifel an der zuerst gestellten Diagnose hätte aufkommen können.

Pathologisch-anatomisch zeigte sich dieser Fall als ulzeröser Prozeß, der wesentlich häufiger ist, als die andere, produktive Form dieser Erkrankung.

Im zweiten Fall konnte nur ganz allgemein die Diagnose Abdominaltumor im linken Hypogastrium gestellt werden, ohne daß über seine Art etwas gesagt werden konnte. Es bestanden einerseits hohe Temperaturen, andererseits fehlte eine Leukozytose, so daß eine entzündliche Tumorbildung unwahrscheinlich war. Die hohe Temperatur zusammen mit dem relativ guten Allgemeinbefinden sprach gegen ein echtes Neoplasma. Leider war eine Magen-Darmdurchleuchtung wegen des hohen Fiebers nicht möglich, so daß auf dieses Hilfsmittel, das vielleicht mehr Klarheit hätte bringen können, verzichtet werden mußte. Eine Adnexerkrankung war wegen der hohen Lage des Tumors auszuschließen.

Erst durch die histologische Untersuchung von Gewebsstücken, die bei der Operation entnommen wurden, konnte die Art des Tumors festgestellt werden.

Auch hier kann retrograd keines jener allgemein als charakteristisch für die intestinale Lymphogranulomatose geltenden Kennzeichen gefunden werden.

Pathologisch-anatomisch lag in diesem Falle eine primäre Lymphogranulomatose vor, um die sich sekundär nach der Darmperforation ein entzündlicher Tumor gebildet hatte.

Es zeigt sich an beiden Fällen recht deutlich, daß wir bis heute nicht die Möglichkeit haben, die isolierte intestinale Form der Lymphogranulomatose überhaupt, geschweige denn die beginnende Erkrankung zu erkennen, so daß wir auch hier nicht in der Lage sind, frühzeitig und vielleicht lebensrettend einzugreifen.

Diagnostische Synopsis der primär isolierten Darmlymphogranulomatose.

a) Vorbemerkungen.

Im Folgenden habe ich die Fälle von isolierter Darmlymphogranulomatose zusammengestellt, die mir im gesamten Schrifttum zugänglich waren.

Diejenigen Fälle, bei denen die Diagnose nicht absolut sicher erschien, oder aber sich keine ausreichenden klinischen Angaben fanden, sind nicht mit aufgeführt.

Das sind der Fall VI von Sternberg (1898), bei dem der Darm zwar ulcerös verändert war, außerdem aber fast alle Lymphknoten vergrößert waren, und es sich wahrscheinlich um eine Tuberkulose gehandelt hat; der Fall von Hoffmann (1907), bei dem es sich m. E. um eine echte Pseudoleukämie handelt; der Fall von Dürck (1923), bei dem scheinbar die Mesenteriallymphknoten primär lymphogranulomatös verändert waren, während der Darm erst sekundär durch Kompression der Arteria mesenterica superior in Mitleidenschaft gezogen wurde, ohne lymphogranulomatöse Veränderungen zu zeigen; der Fall von Lange (1925), bei dem wohl eine isolierte Lymphogranulomatose des Dünndarms vorlag, aber sich leider fast keine klinischen Angaben fanden; der Fall von Ross (1921), bei dem allein das Rektum betroffen war, der jedoch ebenso wie die Fälle von Coronini (1928) ausschließlich von der pathologisch-anatomischen Seite beleuchtet ist; der Fall von Slovacek (1933), bei dem der Prozeß vom Magen her auf das Duodenum übergegriffen hatte und der daher zu den reinen Magenfällen gerechnet werden muß.

Die ausschließlich den Magen betreffenden Fälle, wie die von Steindl, Kan, Neuber, Tammann, Tschilow, Froboese Thiemig u. a. wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Es finden sich in den Tabellen einige Fälle, bei denen äußere Lymphknotenschwellungen vorhanden waren, bei denen jedoch trotzdem nicht der Verdacht auf Lymphogranulomatose geäußert wurde.

Fälle, bei denen man zweifeln könnte, ob sie tatsächlich primär allein den Darm betroffen haben, sind die von Schlagenhaufer (1920) und Antonelli (1925).

Im Fall 2 von Schlagenhaufer waren fast alle peripheren Lymphknoten vergrößert, jedoch bestanden diese Schwellungen schon seit 16 Jahren und es waren bereits mehrere Drüsen extirpiert worden. Es erscheint mir daher sehr zweifelhaft, ob diese Lymphknotenvergrößerungen primär lymphogranulomatöser Natur waren.

Im Fall von Antonelli waren auch fast sämtliche äußeren Lymphknoten vergrößert, jedoch nur sehr geringen Grades und in Anbetracht der bei der Sektion gefundenen erheblichen Darmveränderungen ist man m. E. berechtigt, auch diesen Fall der primär isolierten Darmlymphogranulomatose zuzurechnen. Die unerheblichen Lymphknotenvergrößerungen darf man wohl als beginnende Generalisation der primär isolierten Darmlymphogranulomatose auffassen.

Im Fall 2 von Pape (1933) ist es so, daß es sich primär um eine reine intestinale Form der Lymphogranulomatose gehandelt hat. Erst nach Entfernung des Ileozökaltumors treten äußere Lymphknotenschwellungen auf. Hier haben wir ein schönes Beispiel dafür, daß eine primär isolierte Form zu einer Generalisation führen kann.

In einigen anderen Fällen bestanden geringe Vergrößerungen einzelner Lymphknoten bezw. Lymphknotengruppen, deren Ursache klinisch in einem örtlichen Infekt gesehen wurde, oder aber die leichte Hyperplasie wurde erst bei der Sektion gefunden, so daß man diese Fälle ohne Bedenken der primär isolierten Form zurechnen darf.

b) Alters- und Geschlechtsverteilung.

Aus Uebersicht I ergibt sich, daß das Durchschnittsalter der Erkrankung an isolierter Lymphogranulomatose des Darms zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre liegt. Damit ist es nur wenig unter dem „Karzinomalter". Die prozentual höhere Verteilung auf das 50. bis 59. Lebensjahr um 2,3 % muß unberücksichtigt bleiben, da die Gesamtzahl von 43 Fällen zu niedrig ist, als daß man aus einer so geringen Steigerung derartig weitgehende Schlüsse ziehen dürfte. Auffallend ist, daß die Erkrankung Menschen über 60 Jahren anscheinend sehr selten befällt.

Uebersicht I.

Alter	Zahl der Fälle absolut	in Proz.
unter 20 J.	1	2,3
20—29 J.	4	9,3
30—39 J.	11	25,6
40—49 J.	11	25,6
50—59 J.	12	27,9
60 u. mehr J.	4	9,3

Bemerkenswert ist es, daß der älteste mit 70 und der jüngste Fall mit 18 Jahren beide dem weiblichen Geschlecht angehören.

Uebersicht II.

Geschlecht	Zahl der Fälle absolut	in Proz.
männlich	28	65,1
weiblich	15	34,9

Die Geschlechtsverteilung (Uebersicht II) ergibt, daß fast $^2/_3$ der Erkrankten dem männlichen Geschlecht angehören.

Uebersicht III.

Alter	Zahl der Fälle absolut männl.	weibl.	in Proz. männl.	weibl.
unter 20 J.	—	1	—	6,7
20—29 J.	4	—	14,3	—
30—39 J.	8	3	28,6	20,0
40—49 J.	10	1	35,7	6,7
50—59 J.	5	7	17,9	46,6
60 u. mehr J.	1	3	3,5	20,0

Aus der Kombinationsübersicht III von Alter und Geschlecht ergibt sich, daß die Männer am häufigsten im 5., die Frauen im 6. Decennium erkranken, so daß also das „intestinale Lymphogranulomatosealter", wenn man davon sprechen darf, bei den Männern etwa 10 Jahre früher auftreten würde als bei den Frauen.

c) Krankheitsbeginn und Vorgeschichte.

Ueber den Krankheitsbeginn, d. h. über den Zeitpunkt, wann die ersten subjektiven Beschwerden auftreten, läßt sich nur ganz grob etwas aussagen. Wenn man berücksichtigt, daß die Patienten im allgemeinen nie genau wissen, wann sie eigentlich zuerst Beschwerden gehabt haben, so darf man sich nicht darüber wundern, daß man diesen Zeitpunkt nur sehr ungenau bestimmen kann. Nach Uebersicht IV kann man nur sagen, daß die Vorgeschichte in den meisten Fällen etwa 1 Jahr zurückreicht; selten ist sie länger als 2 Jahre.

Uebersicht IV.

Krankheitsbeginn	Zahl der Fälle männl.	weibl.	zus.	in Proz.
vor 1 Monat u. weniger	3	—	3	7,2
vor 1—3 Monaten	4	3	7	16,6
vor 4—6 Monaten	4	2	6	14,3
vor 7—9 Monaten	5	1	6	14,3
vor 10—12 Monaten	4	5	9	21,4
vor 1—2 Jahren	4	2	6	14,3
vor 2 u. mehr Jahren	3	2	5	11,9

Was das subjektive Krankheitsgefühl betrifft, so ist es in fast allen Fällen so, daß sich ganz allmählich im Laufe eines Jahres die schweren Erscheinungen einstellen. Das Leiden beginnt mit ganz leichter Störung des Allgemeinbefindens, mit Mattigkeit, Appetitlosigkeit, ohne daß dabei besondere Schmerzen oder bereits Lokalsymptome von seiten des Magen-Darmkanals bestehen brauchten. Allmählich kommt dann Aufstoßen, in vielen Fällen Erbrechen, Blähungen, Kollern im Leib hinzu.

Der Stuhlgang wird unregelmäßig, anfangs klagen die Patienten oft über chronische Verstopfung, später über Diarrhöen.

Diese an sich nicht alarmierenden Symptome können plötzlich wieder verschwinden, um nach einiger Zeit wiederzukehren, oder aber die Erscheinungen von seiten des Magen-Darmkanals werden stärker.

Das allgemeine Unbehaglichkeitsgefühl steigert sich über einer gewissen Spannung im Leib, die bisweilen mit dem Essen in einem zeitlichen Zusammenhang steht, zu einem Druckgefühl, meist im Oberbauch zwischen Processus xiphoideus und Nabel, aber auch mit einer Lokalisation in der Gegend des McBurneyschen Punktes, um den Nabel oder im Unterbauch bis zu einem ausgesprochenen Druckschmerz.

Daneben bestehen entweder hartnäckige Diarrhoen, die durch nichts zu beeinflussen sind, oder chronische Obstipation mit heftigen Schmerzen beim Defäkationsakt, oder aber die Obstipation wechselt mit Diarrhoen.

Der Appetit ist schlecht, die Kranken nehmen nur noch wenig Speisen zu sich, weil sich oft ihre Schmerzen danach steigern, oder weil sie unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme erbrechen müssen. Das Erbrechen kann aber auch genau wie das Aufstoßen oder Sodbrennen, vollkommen fehlen. In einigen Fällen geben die Kranken an, daß sie zuerst Schüttelfröste gehabt hätten, aber diese Angaben muß man wohl sehr vorsichtig bewerten. Manche geben an, daß sie blutige Massen erbrochen hätten, oder daß das Erbrochene von fäkulentem Geruch gewesen sei; letzteres namentlich bei solchen Patienten, deren Darmveränderungen später zu einem Ileus führen. Die Angabe, daß der Stuhl schwarz gewesen sei, ist nicht selten zu finden.

Eine mehr oder minder erhebliche Gewichtsabnahme fehlt in den wenigsten Fällen. Dagegen ist ein allgemeiner Juckreiz sehr selten, und wenn er besteht, dann finden sich auch meist vergrößerte periphere Lymphknoten.

Wenn sich das Krankheitsbild bis zu diesem Grade gesteigert hat, nehmen die Kranken sehr oft die erste ärztliche Hilfe in Anspruch.

d) Klinischer Befund.

Das klinische Bild zeigt nur sehr wenig charakteristische Merkmale. Zu diesen gehört vor allem das Blutbild. Es zeigt in fast allen Fällen eine ziemlich hochgradige sekundäre Anämie, die meist im Verlauf der Krankheit noch zunimmt. Der Hämoglobingehalt und der Färbeindex sind dementsprechend erniedrigt. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist in den meisten Fällen normal oder nur leicht vermehrt; in seltenen Fällen kommen auch erhebliche Leukozytosen vor. Der differenzierte Blutausstrich zeigt fast nie eine wesentliche Linksverschiebung. Auffällig ist, daß in den meisten Fällen eine Lymphopenie bezw. Erniedrigung der Lymphozytenzahl und prozentuale Monozytenwerte, die an der oberen Grenze der Norm liegen, vorkommen. Eine Eosinophilie findet sich in vielen Fällen, jedoch im Ganzen nicht so häufig, wie bisher angenommen wurde, und sie ist keinesfalls charakteristisch für die Erkrankung.

Die Kranken sind meist sehr abgemagert, das Fettpolster ist geschwunden, die Muskulatur dünn und kraftlos. Die Haut sieht welk aus, in einigen wenigen Fällen findet sich eine Dermatitis oder Pruritus,

jedoch sind dies meist Fälle — wie oben gesagt —, in denen bereits periphere Lymphknotenvergrößerungen vorhanden sind. Es muß aber betont werden, daß die Haut nicht jenes eigentümlich fahle, gelbliche Aussehen hat, wie bei der generalisierten Lymphogranulomatose, sondern vielmehr das Aussehen eines Carcinomträgers bietet.

Die Leber ist meist von normalen Ausmaßen, normaler Konsistenz und der untere Rand glatt. Auch die Nieren zeigen palpatorisch keine Abweichung von der Norm. Das Verhalten der Milz wechselt. Es kann sich ein erheblicher, derber Milztumor finden, aber in etwa 50 % der Fälle zeigt auch sie palpatorisch und perkutorisch keine Abweichung von der Norm.

Die Symptome von seiten des Magen-Darmkanals sind fast ausnahmslos sekundärer Art und durch die ulcerösen und tumorösen lymphogranulomatösen Veränderungen der Darmwand bedingt.

Wir werden hier also alle die Kennzeichen, die wir von anderen Erkrankungen, die zu ähnlichen pathologisch-anatomische Veränderungen im Bereiche des Intestinaltraktes führen, wie etwa das Ulcus duodeni, die Enterocolitis ulcerosa, der Typhus abdominalis oder das Carcinom, das Sarkom usw., wiederfinden.

Es sei hier bemerkt, daß es bei der intestinalen Form der Lymphogranulomatose gar nicht so selten zu einer Tumorbildung kommt, wie bisher angenommen wurde.

Die Aciditätsverhältnisse im Magen zeigen ein wechselndes Bild. Meist findet sich eine Hyp- oder Anacidität; Milchsäure ist fast nie vorhanden.

Es findet sich in fast allen Fällen eine allgemeine oder umschriebene Bauchdeckenspannung. Meteorismus ist fast immer vorhanden, während sich ein Ascites nur in einigen Fällen nachweisen läßt.

Bei der tumorösen Form läßt sich, sofern sie noch nicht zu einer Stenose, bezw. zum Ileus und zu einer erheblichen Bauchdeckenspannung, verbunden mit Meteorismus geführt hat, wenigstens Lage und Größe des Tumors durch Palpation feststellen, wenn auch über seine Art nichts ausgesagt werden kann.

Kommt es zur Exulceration des Tumors, so wird die Benzidinprobe im Stuhl positiv oder es werden sichtbare Blutbeimengungen zu finden sein.

Meist führt diese Form bei Sitz des Tumors in höheren Darmabschnitten mit Stuhl- und Windverhaltung, fäkulentem Erbrechen, sichtbarer Darmperistaltik, Meteorismus, oft in der Nabelgegend beginnend, und positiver Indikanreaktion im Harn, zum Ileus, während bei Verschluß des Dickdarms nur schwache peristaltische Wellen sichtbar sind, die dem Colon folgen und fast kein Meteorismus vorhanden ist. Außerdem tritt bei letzterer Form das fäkulente Erbrechen später ein und die Indikanreaktion im Urin ist negativ.

In einigen Fällen führt der lymphogranulomatöse Tumor zur Invagination mit ihren klinischen Symptomen wie Tenesmen, Abgang von mit Blut

und Schleim vermischtem Stuhl, Nachweis eines wenig beweglichen Tumors. Am häufigsten ist die Invaginatio ileo-colica.

Bei der ulcerösen Form bestehen meist schon lange Zeit heftige Diarrhoen, die sub finem in vielen Fällen mit Obstipation wechseln. Die Faeces enthalten immer okkultes Blut, sehr oft sind sie aber auch teerfarben.

Bei dieser Form kommt es des öfteren zur Perforation mit heftigem, schneidendem Schmerz und nachfolgendem Kollaps. Durch entzündliche Veränderungen und Auflagerungen der umgebenden Darmschlingen oder Abdominalorgane kann es entweder zur abgesackten Peritonitis kommen oder aber es treten keine Verklebungen ein und die Perforation führt zu einer diffusen Bauchfellentzündung mit erheblicher Muskelspannung, Druckschmerzhaftigkeit im ganzen Abdomen, Facies abdominalis, kleinem, weichem, jagendem Puls.

Aber nicht nur bei der ulcerösen, sondern auch bei der tumorösen Form kann es durch Zerfall der Geschwulst zur Perforation mit allen ihren Folgen kommen.

Treten erhebliche Vergrößerungen der mesenterialen Lymphknoten ein und verkleben diese sekundär miteinander zu großen Paketen, so bietet die intestinale Lymphogranulomatose klinisch das Bild der Tabes mesaraica, besonders dann, wenn außerdem Krankheitssymptome für ulceröse Darmveränderungen sprechen.

Im Harn findet sich häufig eine leichte Albuminurie; die Diazoreaktion zeigt ein sehr wechselndes Verhalten.

Das Fieber ist so verschieden, daß man aus ihm keinerlei Rückschlüsse auf das Krankheitsbild machen kann. Meist sind die Temperaturen subfebril oder wenig erhöht, bisweilen normal, sie können aber auch bis auf 40° ansteigen. Der Verlauf der Fieberkurve kann der einer Kontinua, eines remittierenden oder intermittierenden Typus sein. Untertemperaturen und starke Erhöhungen sind selten.

e) Diagnose und Differentialdiagnose.

Ueberblickt man die klinisch gestellten Diagnosen, so ist nur in dem Fall von Hammelmann die richtige Diagnose gestellt worden, während in den drei Fällen von Pape der Verdacht auf Lymphogranulomatose geäußert wurde.

In allen anderen Fällen ist man bis zu der Erkenntnis gekommen, daß der Darm ulcerös verändert, oder daß ein Tumor vorhanden war. Welcher Art diese Veränderungen waren, konnte nicht geklärt werden; meist wurde bei letzterer Form der Verdacht auf ein Carcinom, bei ersterer auf ulceröser Darmtuberkulose geäußert.

Aus der Symptomatik ergibt sich, daß man bei der tumorösen Form im allgemeinen bis zur Diagnose Abdominaltumor, Obturationsileus und Invagination kommen wird.

Fälle, in denen durch Palpation ein intraabdomineller Tumor festgestellt wird, sind differentialdiagnostisch gegen das Carcinoma ventriculi et intestini abzugrenzen.

Leider ist es so, daß die klinischen Symptome des Magencarcinoms, wie dyspeptische Erscheinungen, Völlegefühl in der Magengegend, Aufstoßen nach dem Essen, Abneigung gegen Fleischgenuß, Brechreiz, allgemeiner körperlicher Verfall, so völlig mit denen der Lymphogranulomatose übereinstimmen, daß hieraus keine Klarheit gewonnen werden kann.

Vielleicht geben das Blutbild und die Aciditätsverhältnisse im Magen einen geringen Hinweis. Während bei dem Magencarcinom fast immer außer einer Sub- oder Anacidität und Retention Milchsäure nachweisbar ist, fehlt diese in der Regel bei der intestinalen Lymphogranulomatose. Das Blutbild zeigt bei ersterem eine mehr oder minder erhebliche sekundäre Anämie und normale prozentuale Verhältnisse im differenzierten Blutausstrich. Bei letzterer finden sich dagegen erniedrigte Lymphozyten — und an der oberen Grenze der Norm liegende Monozytenwerte, evtl. eine Eosinophilie.

Das Darmcarcinom mit seinen Symptomen wie Unregelmäßigkeiten der Stuhlentleerung, Verstopfung abwechselnd mit Durchfällen, Koliken, Poltern im Leib, Abgang von Blut, Eiter und Schleim im Stuhl, Gewichtsabnahme, Mattigkeit, bietet der Differentialdiagnose noch größere Schwierigkeiten. Auch hier kann es aus plötzlichem Wohlbefinden heraus zu einem Ileus kommen. Den einzigen Hinweis für eine intestinale Lymphogranulomatose ergibt in diesem Fall die für diese typischen Blutbildveränderungen.

Liegt ein Zökaltumor vor, so muß außer dem Carcinom der tuberkulöse und aktinomykotische Tumor in den Kreis der differentialdiagnostischen Erwägungen einbezogen werden.

In ersterem Fall stimmen sowohl die klinischen als auch die röntgenologischen Befunde mit denen der intestinalen Lymphogranulomatose so genau überein, daß hieraus kein Rückschluß zu ziehen ist. Besteht nebenher eine Lungentuberkulose, so wird eine Entscheidung leichter sein. Auch in diesem Falle werden die Veränderungen im Blutbild das einzige Hilfsmittel sein, was für eine Lymphogranulomatose sprechen würde.

Die Aktinomykose führt in den meisten Fällen zum Durchbruch durch die Haut mit Fisteleiterung. Dann wird die Diagnose leicht sein, sobald sich in dem Eiter Drusen nachweisen lassen.

Große diagnostische Schwierigkeiten wird die chronische Appendicitis mit perityphlitischem Absceß bieten. Beide Krankheitsbilder können sich so genau decken, daß wir nicht in der Lage sind sie zu trennen, wenn uns nicht auch hier das Blutbild mit der Lymphopenie und Monozytenvermehrung evtl. Eosinophilie einen Hinweis geben kann.

Bei allen Fällen, die zum Obturationsileus oder zur Invagination führen, sind im Grunde dieselben differentialdiagnostischen Erwägungen

anzustellen, wie bei der einfachen intraabdominellen Tumorbildung; denn sämtliche oben angeführten Erkrankungen können in ihrem weiteren Verlauf zur Verlegung des Darmlumens bezw. zur Invagination führen. Meist wird aber in diesen Fällen die Ursache nicht näher geklärt werden können, weil aus vitaler Indikation sofort operiert werden muß, und es für das chirurgische Handeln völlig gleichgültig ist, auf welcher Aetiologie der stenosierende oder der die Invagination verursachende Tumor beruht.

Die Fälle mit ulcerösen Darmveränderungen werden differentialdiagnostisch vom Ulcus ventriculi et duodeni, vom Typhus abdominalis, von der akuten Appendizitis, von entzündlichen Adnexerkrankungen und von der ulcerösen Darmtuberkulose mit ihren mannigfachen Erscheinungsformen abgegrenzt werden müssen.

Besonders große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bestehen zwischen Ulcus ventriculi et duodeni und der intestinalen Form der Lymphogranulomatose. Die für erstere typischen Angaben wie Hungerschmerz, Schwinden der Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Erbrechen usw. finden sich bei Lymphogranulomatose so häufig, daß man sich wohl meist täuschen lassen wird. Auch die röntgenologische Untersuchung hilft in diesen Fällen nicht immer weiter, zumal man wegen schlechten Allgemeinzustandes bei der Lymphogranulomatose in den meisten Fällen keine Magen-Darmdurchleuchtung ausführen kann. Es bleibt in diesem Fall als einziger vielleicht bestehender Hinweis die Veränderungen des Blutbildes.

Der Typhus abdominalis ist noch am ehesten auszuschließen, weil die Anamnese bei Granulomatose meist längere Zeit zurückreicht, die Widalsche Agglutination negativ ist, und das Blutbild meist eine Lymphopenie bezw. Erniedrigung der Lymphozyten mit Vermehrung der Monozyten und normaler oder erhöhter Eosinophilenzahl zeigt, während beim Typhus eine Leukopenie mit Fehlen der eosinophilen Zellen und eine Lymphozytose vorliegt.

Ebenfalls leicht auszuschließen ist eine akute Appendicitis, weil hier nur eine kurze Anamnese zu finden ist und der Allgemeinzustand niemals der gleiche wie bei der intestinalen Form der Lymphogranulomatose sein wird.

Einigermaßen leicht werden sich durch innere Untersuchungen Adnexerkrankungen abgrenzen lassen, wenngleich auch Fälle bekannt sind, in denen diese Organe lymphogranulomatös erkrankt waren.

Bei der intestinalen ulcerösen Tuberkulose werden die Stuhluntersuchungen auf Tuberkelbazillen, meist die des Typus bovinus, die anamnestischen Angaben, daß viel rohe Milch getrunken wurde oder eine bestehende Lungentuberkulose und die für die chronische Tuberkulose typischen Blutbildveränderungen im Sinne einer Lymphozytenerhöhung weiterhelfen.

Bei Fällen, die perforiert sind, werden im wesentlichen dieselben differentialdiagnostischen Erwägungen anzustellen sein, wie bei der ulcerösen Form; denn das Ulcus ventriculi et duodeni, die akute Appendicitis, die ulceröse Darmtuberkulose können zur Perforation führen.

Entsprechend dem Obturationsileus und der Invagination wird auch hier erst die Operation Klarheit über den zugrunde liegenden Prozeß bringen.

Wenn auch durch Zusammenstellung aller bisher veröffentlichten Fälle das Krankheitsbild etwas genauer umrissen werden konnte, so muß doch zugegeben werden, daß auch weiterhin ganz erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten auftauchen werden, und daß bisher viel zu wenig nur für die intestinale Lymphogranulomatose charakteristische Eigenschaften gefunden werden konnten. Es ist natürlich nur sehr schwer möglich, allein auf die Veränderungen im Blutbild, wie sie oben angeführt wurden, aufzubauen; denn andere Eigentümlichkeiten lassen sich nicht finden.

Es ist verwunderlich, daß in so wenigen Fällen eine Blutkörperchensenkungsreaktion vorgenommen wurde. Vielleicht würde auch sie einen Hinweis mehr erbringen.

Wie groß im Grunde die diagnostischen Schwierigkeiten sind, zeigt die Tatsache, daß in den meisten Fällen nach der Operation, ja selbst nach der Sektion, makroskopisch nicht die richtige Diagnose gestellt werden konnte. Erst die histologische Untersuchung vieler Schnitte ergab das einwandfreie Bestehen einer Lymphogranulomatose und auch hier war es mitunter nicht leicht, zu einer klaren Entscheidung zu kommen. Es bedarf dann langwieriger und genauer Untersuchungen, um einen lymphogranulomatösen Prozeß nachzuweisen. Das Granulationsgewebe — um nur ein Beispiel herauszugreifen — kann stellenweise so uniform sein, daß es den Eindruck eines Lymphosarkoms macht und die Entscheidung wird namentlich dann schwierig, wenn die typischen Sternbergschen Riesenzellen fehlen.

f) Therapie und Prognose.

In allen Fällen ist als einzige Therapie die chirurgische Entfernung des kranken Gewebes entsprechend den Grundsätzen bei Operation eines bösartigen Tumors angewandt worden, soweit es sich nicht um allzu dekrepide Patienten handelte. In einigen Fällen ist außerdem ein Versuch mit Röntgenbestrahlung gemacht worden.

Von den 27 operierten Patienten ist einer noch nach 5 Jahren am Leben und fühlt sich vollkommen beschwerdefrei. Einer ist nach 2 Jahren 7 Monaten, ein weiterer nach 8 Monaten gesund und ohne nachweisbare Lymphknotenvergrößerungen befunden worden. Bei einem anderen dagegen sind nach einem Jahr sämtliche periphere Lymphknoten vergrößert. 4 weitere sind als geheilt entlassen, deren ferneres Schicksal unbekannt ist. Die Mehrzahl der operierten Kranken (12—44,5 %) ist innerhalb von

4 Wochen, die übrigen sind bis auf 2, bei denen die Angaben über den Zeitpunkt des Todes fehlen, im ersten Jahr ihrem Leiden erlegen.

Bei den übrigen (16) war der Kräfteverfall schon derart weit fortgeschritten, daß eine Operation nicht mehr in Frage kam.

Vorläufig scheint es also so, als ob die chirurgische Therapie keine Aussicht auf Erfolg hätte und die Prognose dieser glücklicherweise seltenen Erkrankung als infaust bezeichnet werden muß.

Es muß aber dabei berücksichtigt werden, daß sämtliche Patienten bereits in einem sehr schlechten Allgemeinzustand waren, als sie operiert wurden, und daß durch Perforation, Ileus usw. bereits Zustandsbilder gegeben waren, die schwer mit dem Leben vereinbar waren.

Vielleicht wird die Prognose besser, wenn es gelingt, das Krankheitsbild bereits in seinen ersten Stadien zu erkennen und die Möglichkeit gegeben ist, durch radikale Operation alles Krankhafte zu entfernen.

g) Zusammenfassung.

Es wird versucht, an Hand der im gesamten Schrifttum veröffentlichten Fälle von primär isolierter intestinaler Lymphogranulomatose ein Krankheitsbild zu entwerfen. Es wird festgestellt, daß vornehmlich männliche Individuen im Alter von 30—60 Jahren befallen werden. Die Anamnese reicht gewöhnlich 1 Jahr zurück und enthält allgemeine und wenig charakteristische Angaben über Abdominalbeschwerden. Klinisch manifestiert sich die Lymphogranulomatose als Tumor, der zum Ileus oder zur Invagination führen kann, oder als ulceröse Darmentzündung, bei der sich sehr oft eine Perforation mit nachfolgender Peritonitis zirkumskripter oder diffuser Art ergibt. Die Therapie der Wahl ist bisher die chirurgische Entfernung alles Krankhaften evtl. mit gleichzeitiger Röntgenbestrahlung. Die Prognose dieses Leidens ist vorläufig völlig infaust.

Zum Schluß möchte ich Herrn Prof. Fuß für die Ueberlassung des Themas und die Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literatur.

Antonelli, Giovanni: Sopra una speciale forma di linfogranulomatosi a tipo blastomatoso prevalute delle ghiandole mesenteriche. Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 8, S. 391—416, 1925.

Behring, Ivar: Zur Diagnose der Lymphogranulomatose im Verdauungskanal nebst einem Beitrag zur Frage über die sog. Linitis plastica des Magens. Acta path. et microbiol. scand. Bd. 5, H. 1, S. 1—15, 1928.

Bianchi, A.: Amöbiasis und abdominelle Granulomatose. Bol. del. inst. de chin. quirurg, univ. Buenos-Aires. Jg. 2, Nr. 14/16, S. 289/97, 1926.

Biebl, M.: Beitrag zur intestinalen Lymphogranulomatose. Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 198, H. 1—2, S. 104—108, 1926.

Bonciu, C.: Primäre, isolierte Lymphogranulomatose der Eingeweide. Rev. stiint. med. Bd. 18, S. 1229—1239, 1929.

Bonne, C.: Syphilis en Lymphogranuloom van den dunnen darm. Geneesk. Tijdschr. Nederl. Indie, Bd. 70, S. 1088—1095.

Catsaras u. Georgantas: Ueber einen Fall von lokalisiertem Hodgkinschem Granulom der Ileocökalklappe. Virch. Arch. f. path. Anat. u. Phys. u. f. klin. Med. Bd. 216, H. 1, S. 107—116, 1914.

Cinaglia, R.: Linfoma dell' intestino cieco. Policlinico, sez. prat. no. 33, H. 3, S. 1085—1087, 1926.

Coronini: Ueber das Paltauf-Sternbergsche Lymphogranulom mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen des Verdauungsschlauchs und solcher an der Leberpforte mit und ohne Gelbsucht. Zugleich ein Beitrag über lymphogranulomatöse Gefäßveränderungen. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 80, H. 2, S. 405—478, 1928.

Drope, Helmut: Zur Kenntnis der Lymphogranulomatose des Verdauungsschlauches. Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. 259, S. 147—159, 1926.

Dudits, Andor: Ueber Lymphogranulomatose des Magen-Darmtraktes. Beitr. path. Anat. Bd. 92, S. 59—73, 1933.

Dürck, Hermann: Lymphogranulomatose und Unfall (Ein Gutachten). Dtsch. Med. Wchschr. Bd. 49,1, Nr. 24, S. 775—777 u. 808—810, 1923.

Eberstadt, F.: Ueber einen Fall von isoliertem malignem Granulom des Dünndarms und der mesenterialen Lymphdrüsen. Frkfrt. Ztschr. f. Path. Bd. 15, H. 1, S. 79—88, 1914.

Epstein, M.: Zur Lymphogranulomatose der Bauchhöhle. Zap. med. sek. Odessk. nauk. pri. N.A.N., Tovaristva, Nr. 1, S. 33—42, 1929.

Froboese, C.: Bemerkungen an Hand eines Falles von Lymphogranulom des Magens. Beitr. z. path. Anat. Bd. 77, S. 363—385, 1927.

Gamma, C.: Linfogranuloma primitivo dell' intestino. Archivo per le Scienze mediche. Vol. XLII, S. 232 ff. 1919.

Goedel, A.: Zur Kenntnis der primären isolierten Darmlymphogranulomatose. Wien. klin. Wchschr. 1929 I, S. 426—427.

Grevillius, Ake: Lymphogranulomatose im Darmkanal. Sv. Läkartiden S. 1105—1111, 1931, II.

de Groot, J., jr.: Lymphogranulomatosis intestini. Frankfrt. Ztschr. f. Path. Bd. 26, H. 3, S. 383—400, 1922.

Hammelmann, A.: Ileus durch Lymphogranulomatose des Dünndarms. Med. Klinik 1933, II, H. 38, S. 1278—1280.

Hanneborg, Øystein: Ein Fall intestinaler Lymphogranulomatose. Norsk Mag. Lægevidensk. Bd. 89, II, H. 10, S. 997—1003, 1928.
Heilmann: Frankfrt. Ztschr. f. Path. Bd. 40, 1930.
Heimann-Hatry, W.: Primäre, isolierte Lymphogranulomatose des Darms. Med. Klinik, Bd. 221, Nr. 25, S. 958—960, 1926.
Hoffmann, M.: Ueber klinische Erscheinungen bei gastrointestinaler Pseudoleukämie. Langenbecks Arch. f. Chirurg. Bd. 82, S. 794 ff., 1907.
Josselin de Jong: Beitrag zur Kenntnis der primären isolierten Lymphogranulomatosis des Darms. Frankf. Ztschr. f. Path. Bd. 31, S. 54—69, 1925.
Kan, J. N.: Report on a case of lyphogranuloma in the stomach. Journ. of oriental med. Bd. 5, Nr. 1, S. 9—10, 1926.
Kanner, H.: Bericht über einen Fall von Lymphogranulomatose des Duodenums mit Uebergreifen auf den Ductus choledochus und Pancreas. Freie Vereinigung der Chirurgen Wiens, Sitzg. v. 22. V. 25.
Kraus: Berl. klin. Wchschr. Nr. 30, 1918.
Lange, Max: Zur Lymphogranulomatose des Darms. Frankf. Ztschr. f. Path. Bd. 31, S. 440—449, 1925.
Muller, George P., and Russel, S. Boles: Abdominal manifestions of Hodgkin's desease. Journ. of the Americ. assoc. Bd. 88, Nr. 5, S. 301—307, 1927.
Neuber, E.: Magengranulomatose. 11. ungarische Chirurg. Tagung, Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.
Oglobina, Z. V.: Ein Fall von intestinalem Typ von Hodgkin. Acta chirurg. scand. Bd. 64, H. VI, S. 527—538, 1929.
Pamperl und Terplan: Ein Beitrag zur intestinalen Lymphogranulomatose. Med. Klinik Jg. 21, Nr. 45, S. 1679—1682, 1925.
Pape, R.: Zur Kenntnis der Lymphogranulomatose des Darms. Med. Klinik Nr. 36, S. 1212—1217, 1936.
Partsch, Fritz: Beitrag zur Lymphogranulomatosis intestinalis. Virch. Arch. Bd. 230, S. 131—138, 1921.
Pissarewa, Tatjana: Lymphogranulomatosis (Paltauf-Sternberg) des Verdauungstraktes. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 149, H. 1, S. 74—91, 1927.
— Die Lymphogranulomatose Paltauf-Sternberg und ihre Bedeutung in der chirurgischen Praxis. Nov. chir. Arch. Bd. 52/78, 1928.
v. Redwitz, E.: Ueber seltenen Befund bei Magenoperationen. Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. Bd. 225, S. 102—111, 1930.
Ringdal, Rolf: Ein Fall von maligner Lymphogranulomatose im Darm. Norsk. Mag. Lægevidensk. Bd. 91, Nr. 6, S. 634—641, 1930.
Roß, H.: Ueber einen Fall von isoliertem Lymphogranulom des Mastdarms. Köln, Diss. 1921.
La Roy: Etude anat. pathol. et clinique de la tuberculose a masque pseudo-leucemique. Arch. int. de chirurg. Vol. 3, 1907.
Satta, G.: Sulla linfogranulomatosis addominale. Haematologica Bd. 2, H. 3, S. 407—426, 1921.
Sjövall (Lund): Lymphogranulomatose des Digestionskanals. XXXIV. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen.
Slovacek, Ota: Trispevek lymphogranulomatose zazivaciho traktu. Cas. lek. ces. Bd. 68, I, H. 14, S. 503—510, 1929.
— Isolierte Lymphogranulomatose des Darmkanals. Cas. lek. cesk. Bd. 72, S. 945—949, 1933.
Sommerfeld, W.: Ueber selbständige Lymphogranulomatose des Magen-Darmkanals. Basel, Diss. 1933.
Sussig, L.: Zur Kenntnis der intestinalen Form der Lymphogranulomatose. Med. Klinik Jg. 20, 1, Nr. 13, S. 415—416, 1924.

— Ein Beitrag zur Pathogenese und Therapie der gastrointestinalen Form der Lymphogranulomatose. Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. 226, 344, 1930.
Schlagenhaufer: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Granulomatosis des Magen-Darmtraktes. Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. 227, S. 74—86, 1920.
Steindl, Hans: Ueber einen Fall von Lymphogranulomatose des Magens. Klin. Wchschr. Nr. 12, 1925.
Sternberg, C.: Ueber eine eigenartige unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufenden Tuberkulose des lymphatischen Apparates. Ztschr. f. Heilkunde. Bd. 19, S. 21—90, 1898.
— Die Lymphogranulomatose. Klin. Wchschr. Nr. 12, 1925.
Stör (Tübingen): Mittelrh. Chirurg. Vereinigung am 7. u. 8. VI. 1929, Tübingen.
Tamman: Isolierte Lymphogranulomatose des Magens. XLIII. Tagung der Verein. nordwestdeutscher Chirurgen, 1931.
Terplan, K.: Ueber die intestinale Form der Lymphogranulomatose. Virch. Arch. Bd. 237, H. 1—2, S. 241—264, 1922.
— und Wallesch: Ein Fall von intestinaler Lymphogranulomatose. Med. Klinik. Bd. 19,2 S. 1428—1429, 1923.
Thiemer, P. H.: Zur Kasuistik der isolierten Lymphogranulomatose des Magen-Darmtraktes. Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. Bd. 205, H. 3—6, S. 404 bis 409, 1927.
Tschilow: Ueber Lymphogranulomatose des Magens. Med. Klinik, H. 31, S. 1211—1212, 1929, II.
Urchs, O.: Beitrag zur Kasuistik der Lymphogranulomatose. Virch. Arch. Bd. 244, S. 276—286, 1923.
Warfield and Christjanson: Hodgkin's desease of the intestine. Bull. of the John Hopkins Hospital, Bd. XVII, Nr. 299, 1916.
Weinberg, P.: Lymphogranuloma tuberculosum. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 85, 1917.
Ziegler, K.: Die Hodgkinsche Krankheit. Jena 1911.
Zorini, A. O.: Linfogranuloma maligne primitivo del'intestino. Boll. de soc. med.-chirurg. Pavia Jg. 1, H. 2, S. 113—116, 1926.

Lebenslauf.

Ich, Erwin Hans Friedrich Buckys, wurde am 15. März 1912 als Sohn des Paul Buckys und seiner Ehefrau Sophie in Kiel geboren. Von Ostern 1918 bis Ostern 1928 besuchte ich das Reform-Realgymnasium in Kiel, und daran anschließend die Hebbelschule in Kiel. Hier bestand ich Ostern 1931 die Reifeprüfung. Im Sommer-Semester 1931 begann ich das medizinische Studium in Kiel, wo ich meine ganze Studienzeit bis auf 2 Semester (W-S. 1934 und S-S. 1935), die ich in Bonn studierte, verbrachte. Am 17. Dezember 1936 bestand ich in Kiel das medizinische Staatsexamen mit gut. Während meiner Medizinalpraktikantenzeit war ich 7 Monate an der Chirurgischen Universitätsklinik in Bonn und 5 Monate an der Medizinischen Universitätsklinik in Kiel tätig. Seit 1. Januar 1938 bin ich an letzterer als Volontärassistent beschäftigt.

Tabellarische Uebersicht der Fälle.

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	
1	2	3	4	5	6	
1	1913	Schlagenhaufer	männl., 47 J., Kutscher	vor 14 Tagen	Schmerzen im Unterleib, kein Erbrechen, schlechter Appetit, regelmäßiger Stuhlgang.	Gesi Abd Pläts flüss Abg Anä Mela Diaz
2	1914	Catsaras u. Georgantas	männl., 34 J., Bauer	vor 1 Jahr	Leibschmerzen und Darmbeschwerden, hartnäck. Obstip. wechselnd mit Diarrhoen.	In d schr
3	1914	F. Eberstadt	männl., 57 J.,	vor 1 Jahr	Nächtliche Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Durchfälle abwechselnd mit Verstopfung. Sonst Erscheinungen von seiten des Magen-Darmkanals nicht konstant. Schmerzen in Nabelgegend unabhängig vom Essen, Blähungen, Kollern im Leib, Völlegefühl. Kein Erbrechen, Gewichtsabnahme. Obstipation.	Kein Vesi triel Kein ters pylo HCl Stäb Verl Flex liche
4	1916	Warfield u. Christjanson	männl., 27 J., Arbeiter	vor 8 Monat.	Intermitt., zunehmende Magenschmerzen nach dem Essen, ab und zu Erbrechen, Gewichtsverlust seit Beginn Diarrhoen, intermitt. Husten.	Leid beid ben, sten Mag wur den Flüs nahı
5	1919	Gamna	weibl., 32 J.,	vor 2 Jahren	Damals 8 Mon. appetitlos, schlechte Verdauung, Leibschmerzen, Durchfall. Nach Diät Besserung. 1 Jahr später dasselbe. Abmagerung, Anämie, 8 mal Stuhl pro Tag. 20 Tage stationäre Behandlung.	Org Ger schr Reic Ver schl mag
6	1920	Schlagenhaufer	männl., 44 J., Schlossergehilfe	vor 2 Monat.	Sensenverletzung am re. Fußrücken, starker Blutverlust. Seit mehreren Wochen bettlägerig. Schmerzen zwischen den Schulterblättern u. i. Leib	Auf rein raul aufg Im Blut

Klinischer Befund	Temper
7	8
;cht zyanot., Vol. pulmonum auctum, Vesiculäratmen, Herz o. B., ;omen mächtig aufgetrieben, Bauchdecken gespannt, etwas Gurren und ;chern, Milz etwas größer, Stuhl angeh., (Klysm.), Stuhl bröckelig bis ;ig, kein Schleim — später Schleim und Blut im Stuhl — Melaena-;ang von geronnenem Blut — Hämatemesis, t. geronnen, t. flüssig. ;mie, Zyanose, kalter Schweiß, Hinfälligkeit — Keine Hämatemesis, ;ena, stärkste Schwäche, Exitus. Urin: E—, Indikan: Stark verm., ;o: schwach pos., Widal: neg. (Mitte d. Behandlung.).	Zwischen 36 und 38,
;er Ileozökalgegend ist eine deutliche Resistenz palpabel, die druck-nerzhaft ist. Sonst ist im Körper nicht Abnormes vorhanden.	—
;e Drüsenschwellungen. Ueber der re. Lungenspitze verkürzter Schall, ;culäratmen. Vereinzelte Rhonchi. Cor o. B. Abdomen leicht aufge-;en, re. Rectusspannung. In der Nabelgegend druckempfindliche Stelle. ;e sichere Resistenz. Milz, Leber nicht tastbar. Kein Ascites. Rö.-Un-;uch. d. Magens: Kein sicherer Anhaltspunkt für ein Ca. Am Antrum ;ri suspekte Stelle. Chem. Blutproben neg. Magenausheberung: freie 30, G.A. 52, sang. ∅, Milchsäure ∅, mikrosk. Stärke, Fett, einzelne ;chen. Rö. nach Einlauf: bis zur Flex. lien. prompt, dann läng. Stop. ;agerung des Kol. transv. Ungenügende Füllg. seines mittl. Drittels. ;. hepatis, Kolon ascend. o. B. Weitere Gewichtsabnahme, beträcht-; Schmerzhaftigkeit im Leib.	11 Tage no Tage bis dann wied sinken. An vor Exitus
;lich ernährt, bronch. Geräusche über den Spitzen, Dämpfung über ;en Lungenbasen. Leib um den Nabel wie mit Gas gefüllt, aufgetrie-; scheinbar unter Rippenbogen abgeschnürt. Leber o. B. Keine Resi-;z. — W.A. nach 4 Woch. Erhebl. schwäch., abgezehrt. Gesteigerte ;enschmerzen, häuf. Erbrechen nach dem Essen. Kein Hust. od. Aus-;f. Abgeschwächt. Atem über beiden Lungen. Leberrand erreicht nicht ; Rippenbogen. Leib idem. Keine Drüsen. Pleurapunkt. ergab etwas ;sigkeit (re) Blut i. Stuhl neg., Tbc. im Sput. neg. Urin o. B. Ab-;ne der Kräfte, plötzl. Exitus unter unklaren Bauchbeschwerden n. 3 W.	Subnormal ge Pulsbe nigung
;an. Verfall, Anämie, Puls lebhaft, schwach, Lunge o. B. Herz syst. ;äusch. Rö.: Lunge o. B. Leib aufgetrieben, Meteorismus, ziemlich ;nerzhaft. Kein Ascites. Leberrand glatt und dünn. Milzpol tastbar. ;hl. Durchfall (5—6 mal) mit viel Schleim, Speisereste, Leuwen. Ery., ;nes neg. Eier neg. Keine Drüsen. Urin o. B. Magen: verzög. Entl., ;aff, HCl-Def. Cutanreakt. neg. Verlauf gleichförmig. Aeußerste Ab-;erung. Plötzlicher Exitus nach 20 Tagen.	38—38,4°
;allend blaß, dyspnoisch, hinfällig. Herzaktion frequent, Töne dumpf, . Vor. u. gedämpfter Schall, sehr lautes In- u. Expirium. H. r. u. sehr ;es Atmen, reichl. Rgs. H. l. u. auch etwas Rasseln. Abdomen etwas ;etrieben, druckempflich. Sputum zäh, eitrig. Urin: Alb. Spur. pos. Stuhl Blut. — Pat. sehr hinfällig, läßt Stuhl unter sich. — Im Stuhl ;. Pat. sehr blaß.	Niemals Fie

	Blutbild	Klinische Diagnose	Art der Operation, Operationsbefund	
	9	10	11	
	—	Ulcera ventriculi et intestini tbc.	—	
	—	?	Laparatomie. Resektion des Zökum, und einem großen Teil des Colon ascendens und einer kleinen Partie der Einmündungsstelle des Ileum.	A k n S h U M
7 0, b- en	—	?	Laparatomie. Magen o. B., unterhalb d. Flex duodenojejun. zirkul. Tumor d. Jejun. mit gangränöser Darmschlinge. Das Mesent. ist d. fibr. Eiterg. mit Nachbarschling. verlötet. M.-L.-K. vergrößert. Noch ein kleiner zirkulärer Tum. Resektion, wobei viel Mesent. entfernt werden muß. Das parietale Peritoneum und die Leber sind frei. Aussaat auf Serosa.	50 de gr D k ve w se m
n- u-	Leukoz.: 7 000 Leukoz.: 16 200	Lungentbc. mit trockener Peritonealtbc.	—	
	Eryth. 3 900 000, Hgb. 60, F.I. 0,76 leichte Anisozytose u. ausgedehnte Polychromas. Keine Normoblasten. Leuk. 10 000 Seg. 74, L. 22, Mast. 3, Metamyel. 1	?	—	
	—	Anaemie, Ulcus ventriculi	—	

Präparat (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf	
12	13	14	
—	Im Magen die versch. Stadien. Bald mehr, bald weniger Lymph., Plasma-, eos. Zell. Im übrig. Darmtrakt dasselbe Bild. Z. T. ist ganze Darmwand befallen mit Nekrosen. Tbc. bakt. ∅, Tierversuch positiv. Kultur gescheitert.	—	N ge ge w in ga Im
len der Grenze zw. Zö- neum u. Ileum mandari- ngr. Tumor d. a. der hleimh. sitzt; gestielt ckrige Oberfl. Keine cera. Mäß. geschw. esent.-L.-K.	Malignes Granulom (Hodgkin). Riesenzellen, Eos., Lymph., gelapptkernige Leukozyten.	4 Monate nach d. Operation Exitus unter Dysenterieerscheinungen und Kachexie.	
e cm lang. Darmstück cissen mittl. Teil gan- eänös ist. An ein. Ende armwand verdickt, Ul- cus. Die M.-L.-K. stark rird. a. d. D. markig- eiß, ebenfalls das Me- cht. ist verdickt und arkig-weiß a. d. D.	Schleimhaut fehlt. Granulationsgewebe mit bindegeweb. Netz, in dem Leukozyt. Lymphoz., Fibrobl., epithelioide, Sternbergsche Zellen, zu finden sind. Z. T. ist die ganze Wand bis zur Serosa ersetzt. Tbc. ∅, Nekrosen. In den M.-L.-K. dasselbe Gewebe. Eos. sind zu finden. Tbc. ∅, Much. Gran. +.	Nahtvereiterung, Bauchdeckenphlegmone mit Hautemphysem. Oeffnung d. Hautnaht. Unt. Zunahme der peritonit. Erscheinungen Exit. letalis 10 Tage post operationem.	Op ze Be eb Ab ve o. Du Lö te tu
—	Darm: Submukosa hyperplastisch, Inf. v. Musk. bis Serosa. Entfernte Aehnlichkeit mit Lymphosarkom. Zellstränge herkomm. von Submukosa. Vereinz. Riesenzellen u. Eos. Milz: Hyperämie, wenig normales Gewebe. Rund-, Plasmazellen. Viele Riesenzellen. Fibroblast. Bindegewebe vermehrt. Tbc. nicht sicher. Fränkel-Much negativ.	—	Ak un L. ge Fl kl ha be vo Ko
—	Granulationsgewebe, ziemlich gleichf. Lymph., Plasmaz., Riesenz. Leuk., Eos., Fibroz. Gewebsstruktur z. T. verloren. Aufspaltung d. Schichten. Z. T. Ersatz bis zur Subserosa. In d. näheren Drüs. Granulationsgewebe, in den entf. chronisch. Reizzustand. Milz gesund. Tbc. ∅.	—	Le de Dr te ve fo M ße
—	Sitz im Magen in Drüsenschicht. Mittelgroße, chromatinreiche Zell., Riesenz., Plasmaz., Lymph. Dasselbe im Duodenum. Geschwüre z. T. bis Subserosa. Fast keine Nekrosen. Ersatz d. M.-L.-K. durch Granulationsgewebe. In Milz Stg. Riesenz. Dto. Lunge. Tbc., Fraenkel-M. ∅.	—	In Ul ge M Ge ge Lu

Sektionsbefund
15
ds vergrößerte periphere L.-K. Keine Lungentbc. Ma- ünn- und Dickdarm mit Blut gefüllt. Verklebung eini- junumschlingen. Magenwand und obere Dünndarm- starr. Im ganzen Intestinaltrakt zahlreiche Geschwüre verschiedensten Stadien, ganz oberflächliche bis zu ief reichenden. Im unteren Duodenum sehr zahlreich. tz kleine Knötchen. Drüsen nicht sehr vergrößert.
—
onswunde vereitert, fibrinöse Verklebung des Net- ie Pleura zeigt li. über dem Unterlappen fibrinöse In dem Lappen viele erbsengroße, graue Herde, re. ls. Verklebung sämtlicher Darmschlingen, dazwischen se. Darm z. T. kollabiert, z. T. gebläht. Die M.-L.-K. ert, a. d. D. markig-weiß. Milz klein, Kapsel verd. i. Nebenniere vergrößert, Rinde schmal. Im untersten um Ulkus. In d. li. Fossa iliaca Verklebungen, nach , Eröffnung ein. Abszesses. Pneumonie beider Un- en, allg. Peritonitis, Ulcerationen. Kleiner Nieren- re. (lgr.)
allg. Peritonitis / Perforation im Jejunum / diffuse otige Verdickung des Darms / Vergröß. d. mesent. akut. Milztumor / leichter Pleuraerguß re. / Lun- n. — Die Bauchhöhle enthält wenig übelriechende keit. Dünndarm aufgetrieben und stellenweise ver- Mesent. L.-K. erheblich vergrößert. Leber 4 cm unter- es Rippenbogens. Magen leicht aufgetrieben. Fibrin- des Perit. 46 cm vom Pylorus Perforation und 3 Fuß r Bauh. Klappe Tumor. Follikel vergröß. Kl. Dr. b. . Sonst o. B.
blaß, unterernährt. Cor o. B. Bilaterale Thrombose pulmonalis. Akutes Lungenödem, sonst o. B. Keine Abdomen: Kein freies Exsudat. Im li. Oberquadran- ge verklebte Schlingen (Dünndarm mit Kolon trans- . Nach Lösung findet sich kleiner Eitersack mit Per- im Jejunum. Ileum äuß. o. B. Zahlreiche verdickte L.-K. Milz: Leicht vergr. Leber erheblich vergrö- n Jenunum Infitrat und Geschwüre, sonst o. B.
Inguinalgegend Drüsen. Im li. Sinus pyrif. Oberfl. Keine Halslymphdr. Knötchen, Infitr. in allen Lun- L.-K. vergröß. (Bronch.). Milz vergr. Knötchen. L.-K. vergr. Im Dünndarm verstreute bis hellergroße üre. Kleinere Ulcera im Magen. Duodenalulcera. Ma- en vergröß. Dickd. o. B. Diagnose: Miliartbc. der tbc. Geschwüre im Magen, Duodenum, Dünndarm (?)

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	
1	2	3	4	5	6	
7	1920	Schlagenhaufer	männl., 42 J., Tagelöhner	vor 1 Woche	Hartnäckiges Nasenbluten, Blutaustritt aus den Ohren.	Blaß, e len. Na geschw domen mender ten u.
8	1921	Satta	männl., 24 J., Gießer / Sold.	vor 2 Jahren n. Ruhr	Müdigkeit, Schwäche, Druckgefühl in Lebergegend. (Militärhosp. — Besserung — Entl. — Wiederaufnahme.)	Drucks queren dünn. aufgetr Kein E Urobili eier, k
9	1921	Partsch	männl., 39 J., Arbeiter	vor 7 Monat.	Anfangs Durchfall, Appetitlosigkeit, denn Stechen in der Brust, Atembeschwerden, allg. Hinfälligkeit. Später bitteres Aufstoßen, Erbrechen, Kurzatmigkeit, Durchfälle.	Abmag z. Schl Fett u. nulierte fängl. Schlein
10	1922	Terplan	weibl., 56 J., ?	vor 8 Woch.	Obstipation, Besserung n. Medikam. Dann hartnäckige Diarrhoen. Kein Erbrechen, kein Singultus, kein Aufstoßen, Appetitlosigkeit.	Harn: misch. Nabelh drucks Schlein Schlein nahme
11	1922	J. de Groot jr.	männl., 69 J., ?	vor 7 Monat.	Vor vielen Jahren schwere Darmkrankheit. Vor 5 Jahren Diarrhoe. Seit 7 Monaten Magenbeschwerden, Erbrechen, Aufstoßen, Pyrosis. Keine Schmerzen. Stuhlgang normal. Wenig Appetit. Stark abgemagert.	Starke tention Faeces siger I beim S fungen
12	1922	J. de Groot jr.	männl., 49 J., ?	vor 1 Jahr	Vor 1 Jahr Krankenhausbehandlg. weg. Magenbeschwerden. Damals Retention. Anämie. Jetzt stark abgemagert.	Magen
13	1923	K. Terplan E. Wallesch Kaznelson	männl., 58 J.	vor 4 Monat.	Starke Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, saures, bitteres Aufstoßen. Starke Abmagerung.	Röntge nehmer Therap

Klinischer Befund	Temperatur
7	8
twas ikterisch. Lymphdrüsen der re. Halsseite sind stark geschwol-rben dort von mehreren Op. In d. l. Axilla Narben n. Extirp. Die oll. Drüsen seit 16 J. Die in inguine auch etwas vergrößert. Ab-wenig aufgetrieben. Milzdämpf. etwas vergrößert. Unter zuneh-Anämie, nach heftigem Nasenbluten, Oedem der unt. Extremitä-d. Gesichts, Ascites Exitus.	Zuweilen Steigerung
chmerzhaft. i. re. Hypochond. Erhebl. Lebervergrößer., bis zur Nabellin. Nach Laparat: Gelb-blaß, wen. Fett, Muskul. Kleine Hals- u. supraclav. Drüsen. Leises, syst. Geräusch. Leib ieben. Narbe gut verh., hier Druckschmerz, ebenf. i. re. Epigastr. rguß. Unterer Leberrand bis zur Nabellinie. Milzpol tastbar. Harn: nogen +, Zucker —, E. —. Im öfter unters. Stuhl keine Wurm-. Amöben, keine Zysten.	Schüttelfrost, Schweiß, T. bis 39°, unregelmäßig
erung. Re. h. u. Dämpfung u. Abschwäch. d. Atemgeräusches bis ılterblattwinkel. Leib etwas aufgetrieben. Geringer Ascites. Stuhl: Stärke neg. Urin: s, E: Spuren, Z. neg. Sed. Hyaline u. granu-Zylinder. Im Magen Anacidität (G.A. 4, fr. HCl neg.). Die an-Durchfälle geringer. Stühle wässrig, grüngelb. Kein Blut oder l.	Bis 38°, Unregelmäßige Typ.
Indikan ++, abgemagert. Haut u. sichtb. Schleimhäute etwas anä-Kachexie. Thorax rach. Kahnbauch. Unterh. d. li. Rippenbog. i. öhe derbe, unscharfe Resist. palpat. nicht verschiebl., etwas chmerzh. Anhalt. Durchfälle. Im Stuhl makr. kein Blut, kein r, mikr. Ery., Leuko., keine Tbcbaz. Rektoskop. Druchschmerzh. d. ıhaut. Im weit. Verl. Pulsschwäche, Verfall, 14 Tage nach Auf-Schmerzen i. Bauch.	Vor Aufnahme und die ersten 6 Tage 37—39, dann normal —
Borborygmi. Deutl. Magensteifungen. Magenbefund: Starke Re-, Milchsäure u. lange Bazillen, keine Sarzine. Rektal: o. B. Die enthalten eine Spur von Blut. Die Retention bleibt, aber mit flüs-Diät keine Beschwerden. Magenschmerzen, übelriechende Ruktus, Spülen hat die Flüssigkeit Fäulnisgeruch. Peristaltik u. Darmstei-im li. Hypogastrium.	—
befund: Keine Retention, keine freie HCl, keine Milchsäure.	—
nologisch an der kleinen Kurvatur ein kleiner Nischenfleck. Zu-ıde Stenose des Pylorus. Wegen Erfolglosigkeit der inneren ie Laparatomie.	—

Blutbild	Klinische Diagnose	Art der Operation, Operationsbefund	P
9	10	11	
gb. zwischen 30 und (Fleischl.). Leukoz. 000	Lymphosarkoma colli cum metastasibus	—	
ach Lap. Erythr. 3 Mill. eukoz. 10 000. Vermehung der Monozyten.	Verdacht auf Leberabszesse	Laparatomie. Leber gleichmäßig vergrößert, zyanotisch, weich, keine Bezirke verschiedener Konsistenz.	
—	Anfangs Zustand n. Enteritis (Rekonvalescenz 5 Monate v. Exitus)	—	
—	Tumor intestini incrassi. Enteritis ulcerosa (tbc) Kachex.	—	
—	Tumor ilei	Laparatomie. Magen o. B. Eine max. hypertroph. Ddschlinge führt nach einem Ddca., das an einem Omentzipfel adhärent ist. Die M.-L.-K. vergrößert, z. T. hart. Resektion mit lateraler Anastomose.	20 $^2/_3$ cm ba Scl sch no Ei gr
—	?	Laparatomie. 2 Stenosen im Jejunum nebst Adhäsionen am Pylorus. Doppelte Resektion mit Y-Anastomose am Magen. Wegen mangelhafter Funktion der Anastomose zum 2. Mal operiert.	Da Wa zef vo mu Kn 6 c rur spr mo
—	—	Laparatomie. Im Bereiche des Pylorus zirkuläre Infiltrationen der Magenwand. Wegen schlechten Allgemeinzustandes intra operationem lediglich Anlage einer Gastroenteroanastomose retrocolica.	

t (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf	
12	13	14	
—	L.-K., Milz, Leber L.P.St. Oft massenh. Riesenz. In Leber auch Nekrosen. Im Dickdarm Infiltr. bes. ödem. Submuk. beschränkt. (Plasmaz. Lymph., keine Riesenzellen.)	—	In d narb drop knot Subs wach
—	Retroperit. Drüsen ersetzt d. lgr. Gewebe, viele Stgbg. Riesenz. Mehr od. weniger Bindegewebsprofileration. Keine Nekrosen, selten Eos. Leber o. B. In d. Milz viel lgr. Granulationsgewebe, Stb. Riesenzellen. Keine Nekrosen. Blutpigment.	Oedeme an unteren Extremit. Leichte Krämpfe T: Kontinua / fieberfr. Diarrhoe / Obstipation. Zunehmende Anämie. Ascit. spät. nicht mehr. Exitus.	Cor L.-K um verd auf hom höhl
—	Im Darmtumor u. in den Mesenterialdrüsen lgr. Granulationsgewebe m. Sternbergschen Riesenzellen. Die Geschwüre zeigen keine spez. Gewebszellen.	—	Im d deck ein des groß genc sent Gesc
—	Lymphogranulomatose m. Sternbergschen Riesenzellen, großen Zellen nicht sehr reichlichen eosinoph. Leukozyten, Lymphozyten usw.	14 Tage n. Aufnahme Schmerzen im Bauch, Steigerung, leichter Meteorism., diff. Schmerzhtg. der Bauchdecken. Lange Agone. Exitus letalis.	Diffu und tige perip mark Mitr Lobä
ejunum. Auf ca. ose mit etwa 1 en nicht entfalt- erscheidung der in ihrer Nähe oben u. unten Verhältnisse. Ulcera. Ver- M.-L.-K.	Die Darmwand zeigt in den äußeren Partien lgr. Gewebe, in den inneren Infiltrat. von Eos., oberflächl. Ulzeration mit fibrin. Beläg. Lgr. geht aus vom Mesent. übergreifend auf die Darmwand, begleit. von sek. diphth. Entzündung. Eine Drüse tbc. Veränderungen.	Glatter Verlauf. Temperaturkurve ohne Besonderheiten. Pat. wird als geheilt entlassen.	
tück 3 cm lang. dickung. Pro- einbar ausgehd. kosa oder Sub- Subserös drei . — Das 2. St. g m. Einschnü- e Stenose ent- serös kl. Tu- Knötchen.	1. Wandverdickung d. Infiltrate aus mononucleären Leukoz. und Lymphoz., die verschieden tief reichen. Kleine Nekrosen. Stellenweise typ. Granulomzell. Eos. selten. Z. T. reichlich Sternbergsche Zellen. Keine Häufung von Eos., viel Lymphozyten.	Pat., der schon vorher geschwächt war, sukkombiert.	Mehr Mag In a K. e Knöt 2 Ul Drüs schwa teren
—	Magen: Infiltr. m. klein. u. großen Rundz. Sitz Muk. + Submuk. M. mukos. aufgespl. Spärl. einkernig. große Zell. Dünndarm: Verwischte Wandstr. Lymph., größ. Z., groß. Z. spärlich. Sehr wenig 2- u. mehrkern. Zell. Keine Eos. + Plasmaz. z .T. Nekr. Subser. einig. Riesenz. Blastomähnl. In L.-K. chron. Tbc. Lunge Tbc. (alt). In Infiltr. Tbc. ∅.	1 Tag nach der Operation Exitus letalis.	An d aufg seich oden perf. lon, bis Bei des der

Sektionsbefund
15
Halsseite kindskopfgroßes Drüsenpaket. Haut z. T. ngezogen. Drüsen abgrenzbar. Herzatrophie, Hyd, Hydrothorax, Ascites, Anasarka. Milz vergr. rchsetzt. Dickdarm infiltriert (Submuk). Z. T. kleine erluste. Die retroperit. Dr. bis mannfaustgr., ver-Stellenweise Nekrose.
Chron. Lungenödem, Bronchitis. Keine peribronch. 350 g, weißl.-graue Knötchen. Leber, Magen, Ile-Chronische Kolitis. Mukosa von Rektum u. Sigmoid oberfl. Ulzerationen. Große Drüsenpakete drücken katio aortae. Sind trennbar. Nieren zeigen hohe Rinde. Rippenmark reichlich rötlich. In Bauch-as ser. Erg.
Dünndarm halbhühnereigroßer von Schleimhaut be-mor. Gleichmäßiges weißes Aussehen. Daneben geschwür mit aufgeworfenen Rändern. Unterhalb ors im Jejunum zahlreiche quergest. bis bohnen-schwüre. Z. T. beginnende Vernarbung in Umge-unt. Dünndarm Schwellung + Entzündung. Me-. bis kastaniengroß, abgrenzbar. Im Duodenum
trige Peritonitis. Ausgedehnte ulzeröse lgr. Gastrit. okolitis. 2 perforierte Geschwüre des Ileum. Mächrplasie, z. T. Nekrose und Blutungen d. mesent., paraaort. und cervik. L.-K. z. T. rötlich. Knochen-une Atrophie d. Herz. Resid. v. Endokarditis an e Spitzenherde. Part. adhäsive Pleuritis. Konfl. monie. Emphysm.
—
Adhäsionen im Bauch. Eine Jejunumschlinge ist am d z. T. am Omentum und Kolon transv. adhärent. gender Jejunumschlinge bläulicher Tumor. M.-L.-geschwollen. An der kleinen Kurvatur kleines in d. Mukosa. Auf der Vorderseite des Magens auf d. Boden d. größ. kl. Polyp. von zyst. erweit. er Tumor zeigt sich nach Aufschneiden als grau-Prominenz. Sonst werden bei der Sektion keine wei-eichungen gefunden, besonders keine Tumoren.
einen Magenkurvatur 2 hellergroße Geschwüre mit enen Rändern. Im Antrum u. Pars horizont. gr. eschw. mit einem angrenzenden kleineren. Im Du-w. Geschwüre, weitere im Jejunum, von denen eins . T. flach exulc. Infilt. Fast das ganze Ileum, Ko-phagus und Pharynx. frei. Die reg. Jejunall.-K. engroß. Die L.-K. beim Pankreaskopf bohnengroß. ibrinös. Auflagerungen. Diagnose: Lgr. d. Magens, nums, Jejunums, Hyperplasie d. M.-L.-K. Alte Tbc. nge.

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	
1	2	3	4	5	6	
14	1923	Oswald Urchs	weibl., 51 J., Haushält.	vor 1 Jahr	Seit 1 Jahr Drüsenschwellungen am Hals; mit Jod und Röntgenstrahlen behandelt. Vor 8 Monaten Grippe, von der sie sich schwer erholt. Seit 1 Monat Durchfälle, starker Husten mit Auswurf und Fieber. Schmerzen im Leib, gebläht, Mattigkeit, Abmagerung.	Wed Blut Diaz
15	1924	Luigi Sussig	weibl., 52 J., ?	vor 7 Monat.	Schüttelfröste, anfangs alle 14 Tage, kürzere Intervalle, vor 2 Wochen an 4 aufeinander folg. Tagen. Von Beginn Diarrhoen, Stuhl wässerig, schleimig, später manchmal hart. m. Blut. Abmagerung 22 kg. Ekel geg. alle Speisen, Brechreiz. Erbrechen, Durchfall abwechselnd mit Obst. + Blut (Tbc-Familie).	Abg Spitz schm Milc Rekt nung App keit. Dern pos.
16	1924	Luigi Sussig	männl., 42 J., ?	vor 5 Woch. n. Genuß v. Fisch	Schmerzen im Epigastrium, Diarrhoe. Ekel gegen alle Speisen, Appetitlosigk., Brechreiz, kein Erbrechen, Steigerung der Beschwerden bei geringster Nahrungsaufnahme. Pruritus.	In 5 abg Hals Li. In d schi Rip frei Mil neg
17	1925	R. Josselin de Jong	männl., 43 J., Lastträger	vor 11 Woch.	Starke Diarrhoe, die auf Pulver stand. Jetzt ganz plötzlich heftige Schmerzen, zuerst li., dann i. ganzen Bauch. Stürzte nieder. Kein Erbrechen. Die Schmerzen strahlten nicht aus. Sie ließen nicht nach, deshalb Krankenhausaufnahme. Früher stark. Potator, stark. Raucher.	Bla 100 auf rist des nie. Ref
18	1925	R. Pamperl C. Terplan	männl., 38 J., Jurist	vor 2 Jahren	Bei Nahrungsaufn. Schmerzen in der Magengegend, häufige Diarrhoen. Vor 14 Tagen Völlegefühl im Bauch, Kollern. Erschwert. Abgang von Stuhl und Winden.	Nu zar ge dri Tr Bl Str sen Dü let

Klinischer Befund	Temperat
7	8
eder am Magendarm noch an anderen Organen ein besonderer Befund. utdruck herabgesetzt (RR 115/55). Im Harn Aldehydreaktion positiv, azo negativ. 2 Tage ante mortem Diazo +.	Intermitt. ho gradig. Fiebe Im Verlauf re Fieber zwisc 38 und 40°
gemagert. Haut schuppend. Keine Drüsen. Zunge belegt. Ueber re. itze Schallverkürzung, rauhes Expirium, einz. Rg's. Keine Druck- merzhaftigkeit im Abdomen. Rektal: o. B. Magen: freie HCl. O.G.A. 9, lchsäure: 0. WaR ∅. Widal: ∅. (Ty, Paraty.). Keine Dysenteriebaz. ktoskop.: Noduli haemorrh. ext. Fistula ani incompleta, Gefäßzeich- ng verwischt (Rektum, unteres Sigma). Schwellung des follikulären parates. Kleinste Geschwüre mit aufgeworf. Rändern. Schmerzlosig- it. Vermehrter Schleim. Blutschicht auf Geschwürsgrund. Schuppende rmatitis u. Pruritus, Atrophie der Haut. Melaena. Diazo abwechselnd s. und neg.	Unregelmäßig Perioden, ho T. bis 40,2° norm. wechs Etwa wie c Rückfallfiebe
5 Woch. 12 kg Gewichtsverlust. Stuhl hellbraun ohne Blut u. Schleim. gemagert. Welke atroph. schuppende Haut, Lingua geographica. Am ls linsengroße Drüsen. Ueber der li. Spitze Schallverkürzung u. Rgs. Oberbauch etwas vorgewölbt, hier reflektr. Bauchdeckenspannung. d. Mammillarlinie, handbreit u. d. Rippenb. kindsfaustgroße, etwas ver- iebl. Geschwulst, die intraperitoneal zu liegen scheint. Leber bis z. penbogen, scharf, normale Konsistenz, nicht druckempfindlich. Mäßig ie Flüssigkeit im Abdomen. Rektal: o. B. Magen: freie HCl. 0, G.A. 6, lchsäure 0. Benzidin (okkultes Blut im Stuhl) +, Diazo: vollkommen gativ.	Seit 3 Woch hohes Fieber
aß, kurzatmig. Pupillen o. B. Puls etwas gespannt, gut gefüllt, Frequ.), Thorax: o. B. Keine Lymphdrüsenschwellungen. Der Bauch ist fgetrieben, wird bei der Atmung nicht bewegt. Keine sichtbare Pe- taltik. In den unteren Teilen deutliche perkut. Dämpfung. Palpation s Bauches wegen starker Défense musculaire nicht möglich. Keine Her- . Genitale o. B. Keine geschwollenen inguinalen Lymphknoten. flexe: o. B. Im Urin Spuren von Eiweiß u. Spuren Urobilin.	37,6°
ur 1 mal okk. Blut im Stuhl. Seit 1 Monat regelm. Blut im Stuhl. Pat. rt, blaß. Abdomen vorgewölbt, Bauchdecken gespannt. In Ileozökal- gend 10 cm langer, walzenförmig. Tumor palpabel, wenig verschiebl. uckempfindl. 1 kleine, harte Drüsen in axilla (li), sonst keine Drüsen. ommelschlägerfinger. Keine Tbcbaz. i. Sput. Bei fleischfreier Diät ut im Stuhl +. Rö. I. re. Unterlappen reichliche Verschattungen und ränge. Im Schatten scharf begrenzte längl. Aufhellung (Bronchiekta- n). Li. weniger. Magen: Gute Peristaltik. Bulbus o. B. Nach 4 Std. nndarmschling. i. kl. Beck. u. weiter oral gef. Kein Rest. 9 Std. p. c. zte D.Schlinge kompakt gefüllt u. dilatiert. 24 p. c. noch gefüllt.	—

Blutbild	Klinische Diagnose	Art der Operation, Operationsbefund	I
9	10	11	
Anämie. Erythr. 3,3 M. Hgb. 50 %. F. I. 0,8. Leuk. 4000. Polynucl. 87 %, Eos. 4 %, gr. Lymph. 6 %, kl. L. 1 %, Monoz. 2 %. Im Verlauf Anämie (F. I. bis auf 1) keine Eosinophilie	Hodgkin wurde nicht gestellt. Anämie, Kachexie. ?	—	
Erythr. 3 652 000, Leuk. 3200, Polynucl. 80 %, Lymph. 5 %, Mono.-Uebergangsform 5 %, Eos. 0,5 %. Keine Eosinophilie.	Ulceröse Kolitis (Intern. zun. rect.best.) Procto-Sigmoiditis ulcerosa	—	
Erythr. 2 420 000, Leuk. 4800, Sahli 57, F. I. 1,2. Polynucl. 78 %, Lymph. 18 %, Monoz. 3 %, Eos. 1 %	Der Intern.: Dickdarmentz. Chirurg. das Fehlen der Stenose, das Fieb. brachten a. Tbc. Prozeß. Tumor sei ein tbc. Lymphom. der Mesenterialdrüsen	Probelaparatomie. Medialer, teils supra-, teils infraumbilicaler Schnitt von 10 cm Länge. Mäßiger seröser Ascites. Sigma gebläht, mob. Darm, sonst o. B. Tumor über 2mannsfaustgroß, elastisch, derb, höckerig. Keine Erweichung. Liegt zwischen d. Blätt. d. Dünndarmmesent., den M.L.K. angehörend. Per exclusionem (Lymphadenoid. Sa. Drüsentum. i. S. e. Metast.) erg. Lgr.	
—	Magen- od. Darmperforation	Laparatomie. In Bauchhöhle sehr viel gelbe, trübe Flüssigkeit. Kein Gas. Dünndarm u. Kol. trans. stark aufgetrieben. Milz o. B. 75 cm unterhalb d. Flex. duodenojejun. ringförm. verw. Dünndarmschl., die eine 4—5 mm große Perforationsöffn., d. Umg. etwas infil. erscheint, zeigt. Mesent. verw. u. zeigt oval. buckl. Tumor. Resekt. v. 40 cm Dd., d. zugehört Mesent. + Tumor. Verschluß	
—	Stenose in d. Gegend der Bauhinschen Klappe. Stierlinscher Symptomenkomplex	Pararektalschnitt re. Kein Ascites. Das unterste Ileum ist in d. Zökum invaginiert. Mehrere bis hühnereigroße u. viele kl., t. harte, t. erweichte Drüsen im Mesent. d. unterst. Dd. u. Mesokolon. Resektion d. unterst. Ileum, Zökum u. Kol. asc. bis zur Flex. hepat. + 1 groß. Keil a. d. Dd. — Mesent. u. Mesokol. + all. verg. Drüs. Enteroanastom. End-zu-Seit. zw. Ile. u. blind verschloss. Flex. hepatica. Drainage, Sphincterdehnung.	

räparat (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf	
12	13	14	
—	Milz: An Stelle v. Pulp. + Foll. Granulationsgewebe (Fibroblast. Rundz., Riesenzellen). Bifurk.-L.-K., Hals-L.-K. dasselbe. + Nekros. In Mes.-L.-K. frisch. Granulat. In Lunge frisch. lgr. Geweb. Im Darm ebenf. ausgeh. von Peyer.Pl. Keine Eos. Im Darm + M.-L.-K. auch Eos. Tbc. + Muchsche Gran. ∅.	Tod an zunehmender Kachexie u. Anämie.	Ge sen che Em d. leb Lu
—	Magengeschwür und Lymphknoten: Lgr. m. reichl. Sternbergschen Riesenzellen. Die übrigen Geschwüre sind nicht untersucht.	Appendikostomie erwog. Weg. rap. Verf. fallen gelassen. Kürzere Remiss. Dann 39,3°. Trübung d. Sensor. Diarrhoe (schwarz). Schw. Hämatemesis (1 l Blut z. T. geronn.). Zunehm. Kräfteverfall. Unt. erh. T. u. Koma. Exitus letalis.	Lgr tric in unt Ne L.- Po
?	Schnitte aus Geschwüren u. Mesent. Lymphdrüsen zeigen eine typ. Lgr. m. Vorherrschen der Fibroblasten in allen Entwicklungsstadien, Sternbergsche Riesenzellen, bei Fehlen der eosinophilen Zellen.	Zunächst Anstieg d. T. Allgem. Zustand verschlechter sich. Nach 3 Tagen unter komatös. Zustand Exitus letalis.	Lg du fen un zug Za un de ke
cm Darm, nach Aus-eitung der Schlinge t cm. Die Schleimhaut tihlt sich meist glatt Bad weich an. Proximal (Knötchen, Narben. Im xinzen 8 Schnitte, die n typisches Bild zei-en.	Struktur d. malignen Granuloms: kl. Bindegewebszellen, spärliche Lympho. kl. Gruppen Eosinoph., Riesenzell. Neigung zu Fibrose.	Anfangs gute Erholung. 3 Wochen post operationem Fieber, Kollaps. Verliert viel Blut per anum, verliert nochm. Blut, danach in 20 Min. Exitus letalis.	
1 vagination ileocoecalis. t cm lang (Ileum, Zöcum, Kol. asc.). Unt. keeil vom Ileum mächt. mlat. 4 cm lass. s. herinshol. Rest verwachs. gie M.-L.-K. bis walßgroß weich, wenig ndurchblutet, grauweißl. arb. Abgrenzb. Z.T. ekr. Tum. polyp. geg. ichtg. 5 cm v. Klappe.	Ers. d. Submukosa. Schleimh. und Musk. stellenw. intakt. Zellform. gleichm., Zellen m. gr. Kern, rund. Einige in retikulär. Verb. Selten größ. m. blassen Kern u. Protoplosmaleib. Selten Lymph. Selten zweikern., nicht große Zellen. L.K. Verwisch. d. norm. Zeichn. Retik. Struk. Selt. Riesenz. Fleckförm. fr. Nekr. Selt. Eos. Kaps. erh. Tbc. ∅.	Heilverlauf ungestört. Aufblühen des Kranken, erholt sich auffallend rasch. Gewichtszunahme	

isierte Lgr. d. L.-K., bes. des Halses, Mediast. Me-
ilztumor (Speckwurstmilz). Z. T. blutbildendes Kno-
k. Thromb. d. V. saphena magna. Substantielles
em. Bronchitis serofibrinosa chron. Bronchiekt. Dilat.
. Ulzerierende Tumoren d. unteren Dünndarms. Fett-
holelithiasis. Hydrozeph. int. et ext. Der Prozeß der
st älter als der des Darms. (Grippe?).

---

istro-Enterokolitis. Frisches hellergroßes Ulcus ven-
it wallartigen Rändern. Kleinere flachere Geschwüre
Umgebung. Zahlreiche bis erbsengroße Geschwüre im
Ileum, Kolon, bes. im Rektum. Starke Hyperplasie,
, Blutung d. retroperitonealen, mesent., cervikal.
lehrere bis hirsekorngroße Herde in der Leber.
milz.

---

zeröse Enterokolitis. Ca. 10 cm unterhalb d. Flex.
etwa kronenstückgroßes Geschwür, mit aufgewor-
nd z. T. zerfallenen Rändern, reicht bis zur Serosa
nahe der Perforation. Mächt. lymph. Hyperplasie der
. M.-L.-K., stellenweise kleine Blutungen u. Nekros.
he bis linsengroße flache Geschwüre im unt. Jejunum
zen Dickdarm (bes. Rekt.). Sehr leichte Hyperplasie
ik., axill., inguin.; stärk. d. retroperit. L.-K. Kirsch-
ß. verkreid. Herd. i. li. Spitze.

—

—

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	
1	2	3	4	5	6	
19	1925	Giovanni Antonelli	männl., 30 J., Holzfäller	vor 1/4 Jahr	Fieber (Kontinua), Schwäche, Abmagerung, Bauchschmerzen während 10 Tagen leichter Natur.	Abma tioner in N Pulm spann Milz Pirqu
20	1926	Omodei Zorini	männl., 38 J., Bauer	vor 5 Jahren ? ? vor 10 Tagen	Vor 5 Jahren Schmerzen im Bauch. Durchfall, Abmagerung. Dann Verminderung der Erscheinungen, um nach einiger Zeit wiederzukehren. Vor 10 Tagen Operation an Hämorrhoiden, dann Wiedereinlieferung wegen intestinaler Koliken, Bauchschmerzen, besonders links unten.	Mittle sehr Kolor bleibe fühlb praet
21	1926	Walter Heymann-Hatry	weibl., 52 J., o. Beruf	vor 6 Woch.	Leibschmerzen, heftiges Erbrechen, fast den ganzen Tag mit fäkulent. Geruch. Durchfälliger Stuhl mit schw. Farbe. Bettlägerig, fühlt sich heiß u. hat Durst. Oft auch mehrere Tage anhaltende Verstopfung. Appetitlosigkeit, Mattigkeit, starke Abmagerung. Keine eigentlichen Schmerzen.	Red. li. Sp acc. s bar, Nur l Keine Urob Stuhl o. B WaR mehr kurz
22	1926	M. Biebl	männl., 25 J., Bauer	vor 5 Jahren	1) Zunehmendes Druckgefühl im Unterbauch, Abmagerung (30 Pfd.). 2) Leibbeschwerden, häufiges unmotiviertes Erbrechen. Abmagerung (20 Pfd.).	Tumo
23	1926	Helmut Drope	weibl., 70 J.	vor 1 Jahr	Seit 3 J. schupp. Dermat., die schl. d. Schwefelbäder heilte. Pigmentfl. Juckreiz. Seit 1 J. Einbuße a. Arbeitskraft, Stuhlgang träge, keine L.-Schmerzen. Seit 3 Mon. Diarrh. heftig. Stuhldrang. Schwellg. d. Beine, seit 1 Mon. läßt Stuhl unter sich, weg. heft. Leibschmerzen, Appetitl. Leibumf. Zunahme.	Klein Herd seiter chel). Herz Medi weist Stuhl Durch

Klinischer Befund	Tempe
7	8
igerung. Durchblutung schlecht, Reflexe lebhaft. Klonische Kontrak- i umschriebener Muskelgruppen nach mech. Reizen. Kleine Drüsen ackengegend, am Unterkiefer, Achselhöhle, epitrochlear, inguinal. . Reibegeräusche über der li. Basis. Herz: o. B. Abdomen ge- t, schwer eindrückbar, Kugelartige, unbestimmte Drüsen. Leber, o. B. (untere Grenzen nicht tastbar). WaR ∅. Cutanreakt. nach et ∅. Lunge rö. o. B., nur leichte Hilusbesetzung.	Max. 39°. nua, inter mitt. z 37,1—37,7° (nachm. n
re Größe, Abmagerung, hartleibig. Thorax o. B. Leib gespannt, druckschmerzhaft, zeitweilig heftige Peristaltik sichtbar, die dem transversum u. descendens folgen; in der linken Fossa iliaca n sie stehen. Hier ist tief eine dicke, harte druckschmerzhafte Masse ar, etwa 2-faustgroß. Singultus, Facies abdominalis. Es soll ein Anus r naturalis angelegt werden.	37,8—38° (interm.)
E. Z. Blaß, gelblich. Keine Drüsenschwellungen. Lungen: Ueber pitze Schallverkürz. verschärft. Atmen, verläng. Expirium. Cor.: yst. Geräusch. Abdomen: weich, eindrückbar. Peristaltik durchfühl- keine Steifungen, kein partieller Meteorismus. Keine Resistenzen. bei tiefem Eindrücken klagt Pat. über diffuse, uncharakt. Schmerzen. Dämpfung. Leber, Milz o. B. Urin: E.: Spur., Z.: ∅, Sed. o. B. ilinog. schwach +, Urobilin dto. Diazo ∅, Indikan ++. Letzter gang vor 2 Tagen norm. Z.N.S. o. B. Gyn. o. B. Rektal anfangs später kleine Resist., die als zyst. Ovar. angesprochen wird. ∅. Mein. +. Vidal 1 : 200 +, 2 Kontr. ∅. Blut im Stuhl +. Nach eren größeren Blutverlusten Exitus. Einige abdominale Drüsen ante exitum tastbar.	39° (Continua)
r im Bauch.	—
e Greisin, red. K. u. E.Z. Multiple, leicht gerötete, stark schuppende e am ganzen Körper. Keine Nässen. Lichenefikation an Streck- d. Knie- und Ellenbogengelenks. Starke Oedeme der Beine (Knö- Ziemliche starke, schmerzlose Schwellung der Kieferwinkeldrüsen. 1. Ton paukend. Spitzenstoß tastbar, 1 Querfinger außerhalb der klaviculargegend, nicht hebend. Leib aufgetrieben, Ascites nach- ar. Schmerzhaftigkeit d. re. Unterschenkels. Harn: E. ∅, Z. ∅, gang nur auf Einlauf. Die letzten 2 Tage ante mortem starke nfälle, etwa 5 mal tgl., 2 mal Erbrechen. Sehr schneller Descensus.	Nicht erh zwischen 37,8 (rem

Blutbild	Klinische Diagnose	Art der Operation, Operationsbefund	I
9	10	11	
Erythr. 4,6 Mill., Hg 0,65. F. I. 0,70, Leukoz. 19 000, Neutr. 79 %, Basoph. 1 %, Lymph. 10 %, Eos. 1 %, Monoz. + Jugendf. 4 %, Myeloz. + Metamyel. neut. 5 %. Im roten Blutbild keine besonderen Formen		1. Probexcision einer Drüse aus der epitrochlearischen Region: Histologische Unters. s. unter 1 Spalte 13.	
—	Intestinale Stenose (Tbc, Ca?)	Anlegung eines Anus praeter naturalis inguinalis.	
Hgb. 55, Erythr. 3 Mill. Keine pathol. Formen. Leuk. 3500. Polyn. 70 %. Lymph. 26 %. Mononucl. +. Uebergangformen 4 %, Eos. 0 %. Keine path. Formen. Später 3000 L. 2,4 M. E. Hgb. 40.	Typhus. Auch f. Sepsis, Miliartbc. Lymphogranulom k. Anhaltspunkt. Später nach Palpat. der Drüsen: Darmtumor	—	
1. — 2. Nach Operation normales Blutbild	1. Abdominaltumor. 2. Perforationsperitonitis, Magenulkus	1. Dünndarmblasenresektion. (Sie zusammen bilden verbackenen Tumor.) 2. Resektion einer 40 cm lang. mehrfach plaqueartig verdickten, an einer Stelle perforierten Jejunumschlinge. Netz und Teile des Mesenteriums von weißlichen Knoten und Infiltraten durchsetzt.	1. 2. 3 z T S K V A N
—	Myodegeneratio cordis, Koronarsklerose, Arteriosklerose, Mediaverkalkung, Psoriasis, Oedeme der unt. Körperhälfte, Ascites	—	

Präparat (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf	
12	13	14	
—	1. Strukt. verw. Lymph. ähnl. Zell. Epitheloidz. Selt. Eos., reichl. mononucl. (Angiomähnl.). 2. Z. T. Bindegewebsverm., z. T. Nekros. Riesenz. Keine Langhansschen R. Milz z. T. auch veränd. Mukos. in Ileozökalgeg. zeigt dasselbe Bild. Riesenz. z. T. megacariozytenähnlich.	Re. u. Pleuraerguß, Tachykardie, schwacher Druckpuls, geringer Ascites. Gegen Ende re. im Ober- u. Unterbauch oval. Tumor. Li. oben höckerige, verdickte schmerzl. Masse (Milztumor?) Stärkerer Ascit. Diarrhoe. Ing.-crur. Drüsen. Oedeme, Kachexie. T. subnormal, Exitus (n. 8. Woch.).	Abn ßere Zwe Peri zeln Dün Wär der wen Leb den
—	Befallen sind fast sämtliche Wandschicht. Lymphoz., Riesenzell. mit verschied. Kernen, Fibroblasten, eosin. Leukozyten. Plasmazellen. Typ. Granulationsgewebe. Z. T. sind die Gefäße thrombosiert. Der primäre Sitz sind vermutl. die submuk. Follikel. Einz. Mesosigmoid L.-K. Sinuskatarrh. Leberknötchen lgr. Tbc. ∅.	Nach der Operation lebt der Pat. noch einige Tage u. stirbt dann an Inanition u. Kachexie.	Her Drü schl wan Nac szes Dies dick u. E
—	Das Ulkus wie die Drüsen sind einwandfrei lgr. Alle übrigen Organe sind frei von lgr. u. krankhaften Veränderungen. (Prof. Siegmund).	—	Link Mäf ist a vorc Hier über sten Gru schv
— Darmstück weist an Stellen flächenhafte, T. geschwürig zerfall. umorinfiltrate auf. chleimh. z. T. zerstört. eine Lumeneinengung. Weißliche Tumorknoten. lle Schicht. bef. Z. T. ekrosen.	Lgr. mit großzelligem Granulationsgewebe. (Riesenzellen). — 2. 1. Stadium mit Lymphoz., Plasmaz. u. 2. Stad. mit Granulombildg. Keine ausheilende fibröse Reakt. Keine Eos., keine Riesenz. Stellenw. geschwulstartiger Granulomcharakt. Mitos. u. Nekrosen Tbc. ∅. F.M. ∅. — Tuberkel ∅.	1. Vollständige Wiederherstellung. 2. Dasselbe blühende Aussehen, Gewichtszunahme. Keine Drüsenschwellungen, Rö.-Bestrahlungen d. Bauches.	1. 2.
—	Im Magen, Darm u. L.-K. lgr. Granulationsgewebe mit Riesenzellen, Lymphoz., Plasmazell., Fibroblasten Eos. Kein destruierendes Wachst. Rippentumor: Spindelzellsarkom.	—	Hau Tum Has darr von 1 E rialz Aor Pleu Ver kel

g. Poliadenopathie. Bohnen- bis mandelgroße äu-
sen. Gering. Pleuraerguß. Li. unt. Adhäsionen (m.
ll). Einzelne verdickte Mediastinaldrüsen. — Etwas
lflüssigkeit. Serosa glänzend. Auf dem gr. Netz ein-
ötchen. Präpylor. u. i. Duodenum einzelne Knötchen.
n o. B. Bei Ileozökalklappe mächtige Verd. der
Hier u. im Kol. Knöt. Mesent.-Tumor. (Die Hälfte
tonealhöhle einnehmend.) Adhärenz m. re. Niere,
(gebild. von Drüsen). Kapsel erhalt. Z. T. Verkäs.
B. In Milz Knötchen. Nieren o. B. Hoden o. B. In
chen der Milz u. in den L.-K. ist Koch ∅.

B. Am rechten Hilus nußgroße, a. d. D. graugelbe
bdomen: Im li. unt. Quadranten sind 2 Dünndarm-
mit dem C. desc., dem Sigma u. d. vord. Bauch-
klebt, die Mesent.-L.-K. kirschgroß (z .T. Nekrosen).
ennung obiger Verwachsung Eröffnung eines Ab-
Zircumscripte Peritonit.). Perforation im Kolon desc.
igma sehr dick. An der Grenze von beiden entspringt
ischige Masse mit nekr. Oberfl. Keine Verkäsung
chung. Leber, Milz atr. o. B.

ter verkalkter Spitzenherd mit adhäs. Pleuritis.
Leberverfettung. Innere Organe o. B. Der Dünndarm
ebergang v. Jejunum z. Ileum m. einer Schlinge im
uglas auf d. Serosa der vord. Uteruswand verheft.
a 3-Markstückgroß. Geschwür, das auf d. Uterus
t! Unterhalb ist der Darm mit Blut gefüllt. Konsi-
s Geschwürs hart, wallartige Ränder, schmieriger
ur die regionären Drüsen sind pflaumengroß ge-
.

rk schuppend. Fast handtellergroß., submuköser
n Fundus des Mag. Etwas kleinerer beim Pylorus.
- bis hühnereigroße Geschwulstbildung im Dünn-
den Mesenterialknoten. Vielfaches Uebergreifen
ent. auf die Darmwand. Eitrige Peritonitis mit 1½.
at Fibromyome des Uterus. Hühnereigroße Ova-
Koronarsklerose. Herzschwielen. Atheromatose der
ppels. Hydrothorax, je 500 ccm. Rippentumor im re.
m. Verfettung und Stauung der Leber. Perisplenit.
ungen. Psoriasisähnl. Hautausschlag. Im Oberschen-
rot. Knochenmark.

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	
1	2	3	4	5	6	
24	1926	Ramiero Cinaglia	männl., 28 J., ?	vor 8 Jahren	Verdauungsstörung, Bauchschmerz. begleitet v. Erbrech, immer morgens und abends. (Schleim.-grünl.) Abends oft Nahrungsreste. Lange beschwerdefreie Intervalle. 5 J. n. Beg. hartnäck. Obstipat. kolikart. Bauchschm. m. Stuhl u. Windverhaltung. Fäkales Erbrechen.	Skelett Haut Abdon sistenz hier P nose g und A schließ
25	1927	Tatjana Pissarewa (Pokotilo)	männl., 56 J.	vor 6 Monat.	Krampfartige Schmerzen in Zökalgeg. u. re. Bauchseite. Hartnäck., nicht zu bekämpf. Durchfall (4 Monate lang), dabei Nachlassen d. Schm. Vor 2 Mon. Geschwulst in Zökalgeg. tastb., deren Umfang sich stets änderte, bald vortretend, bald schwindend. Dabei Schmerzen (dumpf, beständ.). Gewichtsverl. 40 Pfd.	Starke lymph Leber, hier z Beoba rectum zur M schmal
26	1927	Tatjana Pissarewa (Pokotilo u. Busni)	männl., 37 J.	vor 2 Jahren	5 Anfälle von appendikulärer Kolik. Den letzten vor 2 Mon. Dabei Infiltratbildung, noch nicht resorbiert. Abmagerung.	E.Z. nicht tes, e
27	1928	Ivar Behring	weibl., 60 J., ?	vor 2 Monat.	Bauchsymptome. Magenschm. quer über den Bauch unterh. der letzten Rippe, max. in der Mitte, nach oben ausstrahld., aber nicht gegen den Rück. Empfund. als Spannung. Nach d. Mahlzeiten stärkere Schm. trotz Diät.	Perfor der P
28	1928	Øystein Hanneborg	männl., 49 J., Arbeitsvormann	vor 2 Woch.	Beginn mit Schüttelfrost, Husten, Erbrechen. Tgl. Fieber (Frost). 10 Tage noch gearbeitet, dann mit 39° i. Bett. Mäßig. Husten, spärl., weiß., blutfr. Expektorat. Tgl. 1 mal Erbrechen. Selten schwache Schmerzen unter dem re. Rippenbogen. Erbrechen von 1 l dunkl., geronnenem Blut u. Speiseresten.	Gut g Pupill unemp Blut: teerfa zen, k Clorid von 1-

Klinischer Befund	Temperatu
7	8
normal. Wenig ausgebildete Muskulatur. Fettpolster spärlich. ınd sichtbare Schleimhäute rosa. Herz, Lunge, Leber, Nieren o. B. ıen: mäßiger Meteorismus. In der Fossa iliaca dextra gewisse Re-, hier größte Schmerzempfindlichkeit (Pat. hat das Gefühl, als ob assagehindernis säße). Keine Röntgenaufnahme. Die Diagnose Ste-enügte für chirurgisches Handeln. Differentialdiagnostisch war Lues ıktinomykose wegen eines Versuches innerer Therapie auszu-en.	normal
Abmagerung. Trockene stark schuppende atroph. Haut. Peripherie-lrühen nicht vergrößert. Lungen: Emphysem. Herz: Myokarditis. Milz o. B. Rechte Bauchseite stark aufgetrieben. Beim Palpieren ılinderförmige Geschwulst, die Umfang und Lage ändert (längere :htung), glatt, elastisch, wenig schmerzhaft. Röntgenolog.: per eingefüllter Bariumbrei füllt den unteren Teil des Mastdarms bis tte des Kolon transversum sehr schnell, dann Vordringen in Form er Streifen.	normal
ɔefriedigend. Haut ohne Veränderungen. Peripherielymphdrüsen ergrößert. Lungen, Herz o. B. In der re. Inguinalgegend kompak-was bewegliches Infiltrat. Schmerzhaft, hühnereigroß.	Schwankung 37,2—37,8°
ıtionsschmerzen im Bauch oberhalb der Nabelebene, 16 Std. nach ɛrforation Operation.	Fieberschauer
enährt, blaß. Keine Schmerzen. Zunge feucht, weißlich belegt. n o. B. Cor. o. B. Pulmones o. B. Abdomen: Tympanie, weich, findlich. Reflexe o. B. Urin: klar, sauer, spez. Gew. 1028, Alb. ∅, ∅, Sacch. ∅. Oefter blutig, teils frisches Blut, teils geronnen, teils bene Stühle. Widal ∅, Diazo: +. Kein Erbrechen, keine Schmer-ein Husten. Tbc. im Sputum ∅, in faeces ∅. Urin: Urobilin +, ɛ unter 2‰, Weber +. Am 15. Tag nach Aufnahme nach Verlust -2 l frischem Blut per rectum und allg. Kräfteverfall Exitus letalis.	2 hochfebrile rioden bis getrennt d. ei Tage m. nie Temp. bis 38,

Blutbild	Klinische Diagnose	Art der Operation, Operationsbefund	H
9	10	11	
—	Intestinale Stenose (bis Verschluß)	Laparatomie mit rechtsseit. pararect. Schnitt. Der letzte Teil des Ileums, ca. 30 cm zeigen hypertrophische Wände. Bei seiner Einmündung i. d. Zökum war Tumorbildung zu fühlen. Resekt. d. Ileo-Zökum mit Enteroanastomose Ileocolica Seit-zu-Seit. Schichtweiser Bauchdeckenverschluß.	10 Tei i. Do ver Kei nos (St nis lyp übe för
nichts Besonderes	1. Invaginatio ileocolica chronica. 2. Dasselbe	Lap. D. unt. T. d. Ileum u. Cökum in Colon asc. u. transv. bis z. Mitte invaginiert. App. hyperämisch. Desinvagination leicht. Auf seiner Kuppe 2 defekte Stell. i. d. Serosa. Appendektom. Verdickung der Blinddarmwand, geschwulstartige Verwüchse. Hühnereigroße M.-L.-K. — 2. Ileozökalinvagination. N. Desinv. Fixat. des Ileums u. Zökum an vorderer Bauchwand. Knoten größer.	
Unbedeutende Leukozytose (8000)	Appendicitis chronica	Appendektomie, bedeutende Hyperämie u. Verdickung der Zökumwand. Leichte Hyperämie des Appendix.	
—	—	Laparatomie. Perforationsstelle im oberen Teil d. Jejunum im infiltrierten Darm. Dicht daneb. noch eine Infiltration in Form eines breiten zirkulären Walls. Es soll eine Vergrößerung der Mesenterialdrüsen vorhanden gewesen sein. Exstirpatio.	40 Qu tra Rä Wu Kei ten spa Per die
3. Tag: 47 700 Leuko. / ccm Eos. 75%, Stab. 3%, Segm. 12%, Lymph. 7%, Mono. 3%. **7. Tag:** Hgb. 75%, Eryth. 3 440 000, Stab. 2%, Seg. 16%, Eos. 76%, Bas. 1%, Lymp. 4%, Mono. 1%. **11. Tag:** Leuk. 34 600, Eos. 76%, Bas. 1%, Stab. 1%, Segm. 17%, Lymph. 3%, Mono. 2%.	Trichinose ?	—	

Präparat (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf
12	13	14
cm Ileum, zökaler l d. Col. asc. Ileum letzten T. um das ppelte dilat. Wände dickt, Mukosa norm. ne Adhärenzen. Ste- e bei der Klappe ohhalmdünn), ko- ch. Mukosa hier po- . Polypen m. Mukosa rzogen, glatt birnen- mig.	Veränderungen in Mukosa u. Submukosa. Submukosa ersetzt durch lgr. Gewebe. Lymphoz., Plasmazell. keine epitheloiden Zellen, keine Riesenzellen. Auseinanderdrängung d. Schichten. Die Polypen bestehen aus lgr. Gewebe. In d. Stenose Ring v. fibrösem Bindegewebe. Uebriger D. frei, Hypertroph. d. Muskul.	Postoperativ: Endophlebitis d. Unterschenkels. Nach 2 Jahren 7 Mon. volles Wohlbefinden.
—	Lymphdrüsen: Lgr. P.-Stg. (Busni). In der größeren Drüse kleine Anzahl Sternbergscher Riesenzellen. Eos. in der anderen. Hyperplasie d. lymphoiden Gewebes mit Endothelialzellen. (Sinuskatarrh.)	Glatt. Heilverlauf. Entl. nach 12 Tagen. W.A. nach wenigen Wochen wegen malign. Gesch. derselben Stelle. Dann wieder entl. Weiterer Verlauf unbekannt.
—	Nach 1¼ Jahren Durchsicht der Präparate ist früh. Diagnose falsch. Der Polymorphismus der Zellen, vereinzelte Sternbergsche Zellen in der Milz begründet den Verdacht der Lgr. Paltauf-Sternberg. (N. A. Busni.)	Am 3. Tag Exitus letalis unter Peritonitiserscheinungen.
cm oberst. Jejunum. er verlaufende Infil- tion. Feste wallartige nder, zentrale Nekr. ndboden zerspalten. ne Tuberkel. Schich- verdickt u. aufge- lten. Mehrere kleine rforationen. Z.T. sind Ulcera nicht perfor.	Zelluläre Infiltration m. vorwiegd. Plasmazellen. Submukosa, ersetzt d. Granulationsgewebe. Weiter Sternbergsche Riesenzell., Lymphoz. Fibroblasten, spärl. Eosinoph. Zerspreng. d. Schichten, kein neopl. Wachstum. Infiltrate in d. Serosa. In d. L.-K. Streifen u. Herde von Zellen. Nekroseneignung. Sekundärfollikel intakt.	Glatter postoperat. Verlauf. Blut: Eryth. 6,1 Mill. Leuko. 19 900, Lymph. 31%, Neutr. 65%, Bas. 0,5%, Eos. 3,5%. Keine vergröß. äuß. Drüsen. Beschwerdefrei. Wenige Monate später Exitus, angebl. an Lungenentzündung.
—	Polymorphzelliges Granulationsgew. m. Riesenzellen, Lymphoz., Plasmazellen, Leukozyten, einige Eosinph., Bindegewebszellen m. Bindegewebszügen. Ausgedehnte Nekrose Tbc. ∅. In den M.-L.-K. dasselbe Gewebe, reichl. Eos. Keine Tuberkel. Tbc. ∅. Trichinen ∅. In Faeces Wurmeier ∅.	—

Sektionsbefund
15
—
—
er Cökalgegend lokalisierte Stercoralperitonitis, stark kte, nekrotisierte, z. T. perforierte Cökalwand. In der nußgroßer, metastatischer Herd. Peripherie u. M.-L.-K. l, in den übrigen Organen nichts besonderes. Path.- Diagnose: Lyphosarcoma intestini coeci. Gangraena smatis, inde perforatio intestini coeci, lymphosarcoma taticum lienis (N. A. Busni).
—
ntestini / Intumescentia lymphogland. mesent. / Ulcera / Contentum haemorrh. ilei et coli / Anaemia org. / na pulm. 50 cm unterhalb des Pylorus 2-kronenstückgr. 20 cm weiter unten ein kleineres Ulcus mit unregel- en Rändern. Gangränös, zerfetzt, Boden dick. Wunden Datums. Unterhalb blutiger Darminhalt. In Appendix Colon keine Ulcera. Die regionären Drüsen der Ulcera geschwollen, weich, nicht scharf begrenzt. Tbc. ∅, sonstigen geschwollenen Drüsen.

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	
1	2	3	4	5	6	
29	1929	Z. V. Oglobina	weibl., 43 J., ?	vor 4 Monat.	Koliken im Bauch, Gewichtsverlust von 16 Pfd. seit 4 Mon. Würgreiz, Aufstoßen, Diarrhoe, kürzl. Obstipation.	Sehr Milz iliaca. drisch Gege Teil defek deutli
30	1929	A. Goedel	männl., 31 J., Hilfsarbeit.	vor 4 Tagen	Heftige Schmerzen im re. Unterbauch. Schmerzen ließen nach u. Pat. arbeitet wieder (2 Tage lang).	Aufn
31	1929	Ota Slovacek	männl., 44 J.. Arbeiter	seit zwei Jahren Durchf. Seit 6 Wochen Druck a. d.Magen n. d. Ess.	Bis 5 mal tgl. Durchfall. Stuhl von normaler Farbe, k. Blut. Seit 6 Wochen Druckgefühl in der Magengegend nach d. Essen. Appetitverlust, zeitw. Brechreiz. Starker Gewichtsverlust, Schwäche, Ermüdbarkeit, abends Schweiß.	Auff ausg Herz Emp quer o. B. die s schm Bläh Resis
32	1930	C. Bonne	männl., 58 J., (Chinese)	?	Heftige Leibschmerzen, unregelmäßiger Stuhlgang, seit einigen Tagen. Schwäche, Fieber.	Talq W.A verg tung
33	1930	Luigi Sussig	weibl., 18 J., Schneiderin aus bäuerl. Familie	vor 1 Jahr	Unregelmäßige, period. Magenschm. in der re. Darmbeingrube in den letzten drei Mon. (Geschwulst) Obstipation. (Abführmittel, wodurch Schmerzen). Seit 2 Jahr. Lungenspitzenaffekt. (Behandlg.)	Stark Stich unte von rig,

räparat (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf	
12	13	14	
bf der Schnittfläche igen die Tumoren we- tuberkulöses noch einomatöses Ausseh. ukuläre Einengung d. rmlumens, relative tstruktion verursacht. e Mukosamembran ist eriert.	Mikroskopisch Struktur des Granuloma malignum. Schnitte von Magen- u. Nierentumor zeigen lgr. Gewebe.	Nach anfängl. Besserg. Verschlimmerung mit Diarrhoen, Leibschmerzen, Aufstoßen, Erbrechen usw. Rö.: Defekt im Duodenum. Stenose einiger Dünndarmschlingen. Nach 1 Rö.-Bestrahlung Exitus let.	Verst Uebe Ulcer
l cm Endileum, etwas sent. 10 cm Zökum. ndbr. vor d. Klappe ginnt Infiltration, in em Bereich am stärkn. Submukosa u. Musa am meisten beteiSerosa injiziert, ist o. B. 2 M.-L.-K., sen- u. bohnengroß. der Klappe Ulkus. dileum ragt portioig in das Zökum.	An der Bauhinschen Klappe intensive akute eitrige, seröse Entzündung. Mukosa nekrotisch. Schnitte aus den knotigen Infiltraten ergeben das Bild der Lgr. Paltauf-Sternberg. (Polymorphzelliges spez. Gewebe, spärl. Riesenzellen, ausgeprägte Gefäßveränderungen.) Keine Neigung zu fibröser Umwandlung.	Exitus 4 Tage post operationem an allgemein. Peritonitis.	Es fi schrä änder Mikro len H Einke
lreiche, meist kreisige Perforationen. gsherum in der Sea, weiße, wenig vorring. Knoten. Schüsörm. vertiefte Infilte. Geschwürsgrund ist dunkelrot. Je eins Duodenum u. Mag. L.-K. große, höcker. te, z. T. nekrotisch, . dunkelrote Pakete.	Lymphat. Gewebe ersetzt d. Granulationsgewebe, aus Lymphoz., Riesenzellen, Nekrosen, Plasmazellen, Phagozyten, Fettzell. wenig Eos., keine Narben, Tbc. ∅. In der link. Tonsille Granulationsgewebe. Auch in Axillardr., paraaort. L.-K. Herzbasis infiltr., ebenf. Leber, Darm. Gewebe stellenweise sarkomähnlich. Tbc. ∅.	Zustand nach der Operation schlecht. Puls weich, oberflächlich, unregelmäßig. Kardiaka, subkutane Infusion. Exitus let. nach 2 Std.	Auf sille Diese größe der Dünn gering Leben
—	Infiltrat von polymorphen Zellen. Riesenzellen, Mitosen, Leukoz., einig. Eos., Plasmazellen fehlen oder sind undeutlich. Es durchsetzt alle Wandschichten, besond. die Submukosa. Muskular. mukosae unvers. In den L.-K. dasselbe Bild. Lgr.	—	Allge wachs Jejun mit Taub förmi
h Tumor wiegt 1312 i Graue, höckerige sse, hart-elast. Grauel. Granulationsgeweb. nittfläche glatt, hogen grau-weiß. Keine krobiose. Die Mukosetzt am Uebergang arf ab.	In Peritonealhöhe z. T. verkäsende Tbc. m. Baz. im Schnitt. In d. paraaort. u. lumboaort. L.-K. nichtspez. chron. Entzd. In tracheobronch. u. bronchopulmonal. L.-K. verkalkte Tbc. In dem Tumor typ. Lgr. ohne Nekrosen, Tbc. ∅ Muchsche Granula. In den M.-L.-K. einzelne lgr. Herde. In einer Stelle Koryne ähnliches Stäbchen.	Stürmisch, am 2. Tag paralyt. Ileus, Injekt. v. 2% NaCl-Lösung. Am 3. Tag Wind und Stuhl, Besserung. Puls 100. Am 7. Tag Kollaps, Exitus nach 2 Std.	Darm viscer vergr Pleuri Braun Milz.

Tumoren in der Mukosa des Duodenums am
ins Jejunum, Stenose, Beteiligung beider Nieren.
ganzen Intestinaltrakt und Magen.

sich ein auf die Gegend der Ileozökalklappe be-
Lymphogranulom. Nirgends sonst im Körper Ver-
n. Im Mesenterium nur spärlich kleinste Drüsen.
n der Leber nur miliare und submiliare in periporta-
n intraazinöse Herdchen. (Lymphoz., Eos., große
.) Tbc. nur weitgehend abgeheilter Primärkompl.

. Halsseite eine vergrößerte Lymphdrüse. Li. Ton-
ig vergrößert. Perikard rückwärts markig verdickt.
gt in V. cava sup. ein. Die li. Hilusdrüsen ver-
narkiges Aussehen. Milz Porphyrmilzähnlich. In
fiere Knoten v. Markgewebe. Aus dem unteren
sind 2,5 m reseziert. Die paraaortalen L.-K. sind
chwollen, keine Nekrosen, keine Blutungen. In der
el einige Knoten von geschwulstartigem Aussehen.

Peritonitis. Zahlreiche Verklebungen und Ver-
n bei der Flexura coli lienalis (Magenwand, Colon,
Magen, Colon o. B. Das Jejunum zeigt Geschwüre
worbenen Rändern. Im Mesenterium Drüsen bis
röße. 4 Geschwüre im Jejunum, fast alle ring-
schwürsränder hart und dick. Keine Perforation.

kontinent. Serosa gerötet. Peritoneum parietale et
on zahlreichen Knötchen besät. Mesenterialdrüsen
Verkalkte Tbc. Herde in der Spitze mit adhäsiver
Verkalkung der unteren tracheobronchialen L.-K.
rophie des Herzens. Anaemie der Leber und der
nischer mäßiger Milztumor.

Lfd. Nr.	Jahr der Veröffentl.	Verfasser	Geschlecht, Alter, Beruf	Krankh.-Beginn	Subjektive Erscheinungen	r
1	2	3	4	5	6	
39	1933	Eigener Fall	männl., 40 J., Arbeiter	vor 1 Jahr	Vor 1 J. mehrere Koliken im Oberbauch u. re. Unterbauch einige Std. n. d. Essen. Vor ¼ J. stat. Behandlg. als Ulcus. Blut im Stuhl. Nachts ganz plötzlich heftige Schmerzen im Oberbauch, kein Erbrechen, n. Umschlägen keine Besserung. Nie Aufstoßen, Sodbrennen.	Atmun bronch ist au Oberb Eryth. Zieml. ansam
40	1934	Eigener Fall	weibl., 56 J., Hausfrau	10 J. (?)	Period. Magenschmerzen, kein Erbrechen. Seit 14 Tagen hinfällig, dumpfes Unbehaglichkeitsgefühl im ganzen Leib. Keine Schmerzen. Seit 8 Tag. Fieber, Schmerzen im Oberbauch u. li. Unterbauch, aufgetr. Leib. Stuhl u. Winde gehen schlecht ab. Leichte Gelbfärbung der Haut.	Sehr r getriel Li. in mögl. Urin: typh. schlecl
41	1936	R. Pape	weibl., 69 J., ?	vor 2 Monat.	Schmerzen unter dem li. Rippenbogen, zeitw. Besserung durch Wärme. — ½ Jahr später Schmerzen im Rücken. Kräfteverfall.	Milz r im Al der M der H 44, fr Milz 2 derber mäß. Stenos
42	1936	R. Pape	weibl., 39 J., ?	vor 1 Jahr	Damals läng. Zeit Schmerzen in der Magengegend. Besserg. n. Umschläg. u. Diät. Seit ½ Jahr Rückenschmerz., Fieber, Bauchschmerzen. Bisweilen Darmbeweg. Saures Aufstoß., zeitweilig glucksende Geräusche im Bauch. Seit 2 Mon. öfter Durchfall.	Derbe Stuhl in da Flexur die Fü haft g noch oder
43	1936	R. Pape	weibl., 57 J.	vor ½ Jahr	Schmerzen in der Milzgegend, die nach feuchten Umschlägen verschwanden. Seit ¼ J. dort krampfartige Schmerzen. Hautjucken. Appetit schlecht. Gewichtsverlust. Kein Fieber. Schmerzen unter dem linken Rippenbogen. Schmerzen beim Stuhlgang. Erbrechen bitterer Massen.	Milztu Im Ab ∅. R 1 Jahr Masse o. B. breite Schme oben Wand Prozes Lgr. n

Klinischer Befund	Temperatur
7	8
g beschleunigt, rein kostal. Anisokorie. Ueber den Lungen diff. . Geräusche. Cor o. B. Abdomen: Bauchdeckenspannung, Leib fgetrieben, Tympanie. Druckempfindlich im re. Unterbauch und auch. Urin: E. opal. Z. ∅, Aldehyd: Kälte u. Wärme +, Sed. Leukozyten, vereinzelte granul. und nicht granul. Zylind. Rö.: große Magenblase. Unter dem li. Zwerchfell ganz geringe Luftmlung. Diagnose: Perforation im Bereich des Magen-Darmtraktus.	37,2°
eduz. K. u. E.Z. Keine Drüsenschwellungen. Abdomen: wenig aufben, starke Bauchdeckenspannung, am stärksten im li. Unterbauch. Höhe des Darmbeinkamms Resistenz, keine genaue Abgrenzung Kein deutlicher Zusammenhang mit den Adnexen, liegt zu hoch. E. +, Z. ∅, Sed. Eryth. u. vereinzelte Epithelien. Typhus, Para-Ruhr im Stuhl u. Urin ∅. Gruber-Widal im Serum ∅. Bei Verterung des Allgemeinzustandes Operation.	40°
eicht 4 Querfinger unter den Rippenbogen. Keine path. Resistenz bdomen. Keine Lymphknotenvergrößerung. Nach Rö.-Bestrahlung ilz, Besserung und Entlassung. W.A. ½ Jahr später. Gelbfärbung aut. Harnbef. zeigt Verschlußikt. Erbrechen, dies ist sauer. G.A. ie HCl 13. Milchsäure ∅, Blut +. Blut im Stuhl +. Leber und . Querfinger unt. d. Rippenbogen. Im Epigastrium überfaustgroßer, , abgrenzbar vom Leberrand, Tumor. Rö.-Untersuchung: Magen ektat., keine infiltrativ. Veränd., Duodenum schwer zu entwick., e der Bulbusregion des Duodenums.	subfebril
r, walzenförmiger, druckschmerzhafter Tumor in Zökalgegend, im Haima +. Rö.: Magen, Duodenum, Dünndarm o. B. Entleerung s Zökum verzögert. Irrigoskopie: Darstellung bis über die re. . Colon ascendens schwer darstellbar. Bei gesteigertem Druck ist illung flüchtig und inkompl. Zentral-kaudale Teile d. Zök. mangelefüllt. Die Resistenz fällt z. T. mit gefüllt. Zök. zus., erstreckt sich weiter medial, kaud. Nicht sicher, ob autochthoner Wandprozeß perizökale komprimierende Resistenz.	subfebril
mor, mit scharfem Rand, höckeriger Oberfläche, druckschmerzhaft. bdomen keine Resistenz. Keine Drüsenschwellungen. Blut im Stuhl ö.-Bestrahlung d. Milztumors. Danach beschwerdefrei. — Nach dieselben Beschwerden. Schmerzen bei Defäk., Erbrechen bitterer n. Reduz. K. u. E.Z. Milz noch größer. Irrigoskopie: Bis Sigma Im Descend. 10 cm lange zirkul. Stenose. Beim unt. Milzpol führt Kommunik. zu nußgroß., unregelm. Depot. Die Füllung löst rzen aus. Stenose geht trichterförmig in normales Lumen über, stufenförmig. Diagnose: Röhrenförmige Stenose + Infiltrate veränd. im Desc. m. gedeckt. Perf. Aeltere Veränd. Entzündl. ? Malign. Neoplasma? Myosark.? Mit dem klinischen Bild ist eine icht von der Hand zu weisen. Plötzlicher Exitus letalis.	keine Erhöhung

Blutbild	Klinische Diagnose	Art der Operation, Operationsbefund	Pr
9	10	11	
Leukozyten	Perforiert. Duodenalgeschwür	Laparatomie. Dünndarm gebläht, Perit. gerötet. Im Abdomen etwas übelriech. Flüssigkeit mit Speiseresten. 1 m distal der Plica Infiltrat, Perforation, Dünndarm mit Append. verwachsen. Appendektomie, Resektion der veränd. Darmpartie. Anastom. Seit-zu-Seit. Bauchverschluß.	Der lang kos 6 m fora stal ver um App
z. 5000, Bas. 0%, z. 0%, Jugendf. tabk. 4%, Segm. Lymph. 22%, gr. 4%, Eos. 0%.	Tumor in abdomine	Laparatomie. Es findet sich ein mit Netz bedeckter Tumor, der von Schlingen des Dünndarms und des Sigmoid gebildet wird. Nach Trennung findet sich ein vom Dünndarm ausgehender Tumor, etwa kleinapfelgroß, der in entzündl. Konglomerat perforiert ist. Resektion, Seit-zu-Seit Anastomose. Entfernung der zugehörigen M.-L.-K.	Star Dar Tun falle ohn Pim
. Eryth., 6700 ., Sahli 63, F. I. nsegm. 5%, Se- 53%, Eos. 8%, %, Mono. 11%, . 21 %. Rotes d o. B. Skg. n. .	Beginnend. Lymphogranulom? Karzinomatose?	—	
00 Eryth., 8400 ., Sahli 81, F. I. nucl. 64,5%, Un- 7,5%, Eos. 9,5%, %, Lymph. 11,5% 7,5%. Rotes Blut- B. Skg. n. 5 Min.	Lymphogranulom? Tbc.?	Laparatomie. Großer Tumor der Ileozökalgegend. Von hier zapfenartige Fortsätze ins Retroperitoneum und Mesozökum. Anscheinend Lgr. Entfernung des Tumors mit den Zapfen. Seitliche Anastomose zwischen unterstem Ileum u. Colon ascendens in 3 Schichten.	Re + ger d. gra Ser als um zel Tu (fa mi
ll. Eryth., 20 000 Sahli 81, F. I. Unsegm. 1 %, 55%, Eos. 14%, %, Mono. 3%, . 26%. — Später ll. Eryth., Sahli . 0,9, 11 400 Leu., ymph., 2% Eos., ono., 2% Bas., 79 m., 0% Unsegm.	Verdacht auf beginnende Lyphogranulom.	—	

äparat (makrosk.)	Histologischer Befund	Verlauf	
12	13	14	
Dünndarm ist 10 cm , hypertroph, Mu- a gerötet. Proximal m große, runde Per- tion. Appendix di- breit, mit Dünnd. wachsen. Mesenteri- u. Serosa gegen pend. verd., derb.	Infiltrativ wachsende, entzündl. Neubildung mit Durchsetzung fast aller Wandschichten, z. T. Neigung zu fibrös-hyalinen Veränderungen. Kl. Lymphoz., größ. hist. Zell., gewuch. advent. Zell., vereinzelte neutroph. u. eos. Zell. Stellenweise Riesenzellen. Z. T. Nekrosen. Das Ganze macht den Eindruck einer Lgr.	Nach d. Erwachen aus der Narkose große Unruhe. Puls klein, frequ. Unter Zunahme perit. Erscheinungen Exitus n. 18 Std.	Operier distal d morarti hörende schwell Schluck ödeme chung
tk gelber, von der mwand ausgehender nor, bröckelig, zer- end, in den man e Widerstand m. der zette eindring. kann.	Entzdl. bindegewebsbild. Tumor der Darmwand. Mukosa entzdl. infiltr. Durchwachsung d. M. mucos. Nekrosen. Polymorphzell. Granulationsgewebe mit vielen Lymph. u. Monozyt. In den M.-L.-K. polymorph. Gewebe. Riesenzell. Nekrosen. Beginnende Endarteriitis. Eindringen des Granulationsgewebes in sich teilende Darmvene.	Pat. kam am nächsten Tage nach Versagen d. Kreislaufes ad exit.	Partiell xura d hühnere lung de matöse walnuß fungshe in den des Ma
—	—	—	Milz be zentral sup. du Hinterw submuk gewulst chende köse K verback
seziertes Ileozökum Appendix + anhän- d. Mesent. Ob. Teil App. umrandet von uweißl. Gewebe, von osa bed., das sich Strang hint. d. Ile- z. Mesenterialwur- hinzieht. Im Zökum mor aus invag. Ileum ustgr.). Schleimhaut ßf., z. T. exulz. Knot.	In einer Lymphdrüse der Ileozökalgegend ein typisches Lymphogranulom mit zahlreichen Paltauf-Sternbergschen Riesenzellen.	Heilung ging gut voran. Rö.-Bestrahlg. des Abdomen u. Solarsoninjekt. Dann innerhalb 1 Jahr rapider Kräfteverfall, Drüsenschwellungen, zeitweilig Hautjucken, Temp. subfeb. Exitus let.	General ticarum lumbalis tonei p gravis.
—	Granulationsgewebe mit mehrkern. Riesenzellen, Lymphoz., vereinzelte Leukoz. u. Plasmazellen. Diese Veränderung läßt an Lgr. denken. Teilweise das Aussehen wie Blastom wegen zahlreicher Kernteilungsfig. u. Einförmigk. der Zellen. Diagnose: Lgr. flexura lienal. coli et lienis. Embolia ramorum primi ordinis arteriae pulmonalis.	—	Milz fa häsione zackige, Unt. Po bezoge weiter u. Dick Blutung der Le eingeno

umtumor / partielle Resektion d. Jejunum 1 m
xura duodenojejunalis / Appendektomie / tu-
wellung von 2 zu dem resezierten Abschnitt ge-
nphknoten / diffuse eitrige Peritonitis / Pulpa-
perisplenit. Verwachsungen (Zuckergußmilz) /
onie / beginnende Lungengangrän / Lungen-
nwere eitrige Tracheobronchitis, saure Erwei-
sophagus.

---

ndarmresektion etwa 50 cm unterhalb der Fle-
pjejunalis (an dem resezierten Präparat über
er, zerfall. Tumor) / geschwulstartige Schwel-
senterialen Lymphknoten / schwere parenchy-
tung der Leber / Schnürfurche der Leber /
, gestielt. Polyp d. Uterus / multiple Schrump-
den Nieren / starkes Emphysem u. Hypostase
n / Struma kolloides nodosa, saure Erweichung
und des Oesophagus.

---

l. vergrößert, z. T. mit Zwerchfell verwachsen,
ißgroße Knoten .Magen ektatisch. In d. Pars
weißl.-gelbes, submuköses Aftergewebe. In der
Ulcus, dessen Ränder überhäng. Bei Pap. Vateri
durchscheinendes Aftergewebe, Mukosa darüber
n d. kl. Kurvatur bis zum Duct. choled. rei-
gewebsplatte. Im Dünn- und Dickdarm submu-
n, auch im Pankreas. M.-L.-K. bis walnußgroß,
onst keine Drüsen.

Lgr., Lymphogranuloma glandularum lympha-
ris totius, hepatis, medullae, corporis vertebrae
nucosae vesicae urinariae, serosae intestini, peri-
is et visceralis. Pneumonia lobularis, Anaemia

---

lkommen mit Zwerchfell verwachsen. Alte Ad-
Flex. lienalis. In der Nähe d. Hilus u. unt. Pol
weißliche, homogene Areale mit kl. Nekrosen.
n von Flex. lien. ausgehende Zerfallshöhle ein-
Wand wird von weißl. Gewebe gebildet, das
s von Mukosa bedeckt ist. Mukosa des Dünn-
sonst o. B. Im unt. Ileum einige punktförmige
e L.-K. am Pankreaskopf, paravertebral und an
te vergrößert, grauweiß, von trock. Nekrosen